

**SulAmérica Saúde Empresarial
Hospitalar com Obstetrícia
Condições Gerais**

Vigência Junho 2025

ANS – nº 006246

Contrato nº 0058.0045.3097

Índice

SulAmérica Saúde Empresarial Modalidade Hospitalar com Obstetrícia

•	Condições Gerais	5
1.	Qualificação da Seguradora	5
2.	Qualificação do Contratante	5
3.	Objeto do Contrato	5
4.	Natureza do Contrato	6
5.	Tipo de Contratação	6
6.	Tipo de Segmentação Assistencial	6
7.	Área Geográfica de Abrangência.....	6
8.	Formação do Preço	6
9.	Benefícios Adicionais.....	6
10.	Planos de Seguros	6
11.	Contratação do Seguro	7
12.	Inclusão de Segurados	9
13.	Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados ...	10
14.	Formas de inclusão e exclusão	11
15.	Coberturas e procedimentos garantidos	12
16.	Exclusões de cobertura	22
17.	Vigência e Condições de Renovação Automática	24
18.	Carências.....	24
19.	Doenças e Lesões Preexistentes	25
20.	Atendimento de Urgência e Emergência	27
21.	Reembolso.....	29
22.	Rede Referenciada.....	39
23.	Validação Prévia de Procedimentos – VPP	40
24.	Divergências Médicas.....	41
25.	Coparticipação.....	42
26.	Prêmio Mensal.....	43
27.	Reajuste do Prêmio do Seguro	46
28.	Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária	52
29.	Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados	53

30. Exclusão do Segurado.....	61
31. Cancelamento do Seguro	62
32. Disposições Gerais.....	67
33. Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios.....	70
34. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro	71
35. Proteção de Dados Pessoais.....	77
36. Glossário.....	82
37. Disposições Finais.....	86
38. Foro	87

ANEXO I - CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO

Exato Quarto Coletivo	90
Exato Apartamento.....	91
Clássico Quarto Coletivo	92
Especial 100 (RC)	94
Especial 100 (RM R1)	96
Especial Mais	98
Executivo (RM R1)	100
Executivo (RM R2)	102
Executivo (RM R3)	104
Prestige	106

ANEXO II - CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO

Exato Quarto Coletivo	109
Exato Apartamento.....	111
Clássico Quarto Coletivo	113
Especial 100 (RC)	115
Especial 100 (RM R1)	117
Especial Mais	119
Executivo (RM R1)	121
Executivo (RM R2)	123
Executivo (RM R3)	125
Prestige	127

ANEXO III – CADERNO DE BENEFÍCIOS

1. Transplantes de órgãos.....	129
2. Consulta ao Viajante	129
3. Motorista Amigo da Saúde	129
4. Remoção Especial.....	129
5. Coleta Domiciliar de Exames	130
6. Assistência Viagem Nacional	130
7. Seguro Viagem Internacional	135
8. Programa Futura Mamãe	137

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Apólice

Estipulante:

Endereço:

CNPJ/ME/CAEPF:

Condições Gerais

SulAmérica Saúde Empresarial Modalidade Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Seguradora

Sul América Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o nº 006246 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ /MF nº 01.685.053/0001-56, situada à Rua do Passeio, 42, 6º Pavimento, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.021-290.

2. Qualificação do Contratante

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

3. Objeto do Contrato

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

3.1 Na hipótese de atendimentos realizados fora da rede referenciada, o segurado poderá ter direito a reembolso de parte do valor despendido, observados os limites contratuais do (s) plano (s) contratado (s). O reembolso será classificado como “reembolso tradicional”, aplicável a todos os procedimentos cobertos pelo contrato de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, ou como “reembolso modular” aplicável a determinado (s) procedimento (s) ou grupo de procedimento (s), sendo: (i) consultas médicas de

urgência e emergência; ou (ii) honorários médicos. Nas Características Essenciais dos Planos (Anexos I e II) estará indicado o modelo de reembolso contratado para o respectivo plano.

4. **Natureza do Contrato**

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

5. **Tipo de Contratação**

O Seguro Saúde SulAmérica tem como tipo de contratação de que trata a RN nº 557/2022, a modalidade **Coletivo Empresarial**.

6. **Tipo de Segmentação Assistencial**

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

7. **Área Geográfica de Abrangência**

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é **Nacional**.

8. **Formação do Preço**

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

9. **Benefícios Adicionais**

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS à época do evento, conforme previsto na cláusula 15, a SulAmérica oferece, por liberalidade, benefícios adicionais que variam de acordo com a época da realização do evento e com o plano contratado.

- 9.1** Tais benefícios, ofertados por liberalidade, poderão ser alterados a qualquer tempo, em relação à quantidade, limite financeiro, abrangência e demais condições e/ou descontinuados, hipótese em que a Estipulante poderá ser comunicada com 30 (trinta) dias de antecedência. Os benefícios disponíveis deverão ser consultados antes da realização do evento.

10. **Planos de Seguro**

- 10.1** Os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e estão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Coletivo Empresarial que é parte integrante destas Condições Gerais na Segmentação **Hospitalar com Obstetrícia**.

- 10.2** Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada na acomodação contratada é garantido ao Segurado o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

10.3 Os planos dos dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular, inclusive no que se refere à acomodação hospitalar.

10.4 Transferência de Planos

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

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

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

11. Contratação do Seguro

11.1 Este seguro destina-se a Grupos Segurados a partir de 100 (cem) vidas.

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

- a)** os sócios da pessoa jurídica contratante;
- b)** os administradores da pessoa jurídica contratante;
- c)** os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- d)** estagiários e menores aprendizes;

11.2.1 Para todos os fins de direito, equiparam-se ao Empresário Individual os Empregadores Pessoa Física, titulares do CAEPF (Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física), os quais deverão observar e cumprir todas as disposições aplicáveis ao Empresário Individual no âmbito deste Contrato.

11.3 Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente: exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos naturais ou adotivos solteiros do Segurado Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos e os filhos inválidos considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Segurado titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

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

11.4 O seguro somente entrará em vigor se a contratação do Grupo Segurável for equivalente ao grupo cotado.

11.5 Se houver variação superior a 5% (cinco por cento) na composição etária, sexo e/ou UF (unidade federativa) entre o Grupo Segurável informado por ocasião do estudo/cotação e o efetivo Grupo Segurado, a Seguradora elaborará novo estudo/cotação para aprovação do Estipulante.

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

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

11.8 A emissão do contrato de seguro será feita em até 15 (quinze) dias da data do protocolo dos documentos entregues na Seguradora.

11.8.1 A Proposta de Seguro/Cartões Proposta com preenchimento incorreto ou documentos incompletos serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização.

11.8.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará a partir do último protocolo novo prazo de 15 (quinze) dias para emissão do contrato.

11.9 O Estipulante é responsável pelas informações prestadas na Proposta de Seguro e Cartões Proposta do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro, (artigo 766 parágrafo único):

Artigo 766

Parágrafo único: “Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.

11.10 O Estipulante é o responsável por prestar informações referentes a seus Subestipulantes, que eventualmente venham aderir ao seguro os quais tornar-se-ão automaticamente cientes, aderentes e solidários às condições contratadas.

11.11 **Contratação do Seguro por Empresário Individual**

Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa - RN nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou qualquer outra que venha a substituí-la, que dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência

à saúde coletivo empresarial por empresário individual, deverão ser observadas as condições a seguir:

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

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

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

12. Inclusão de Segurados

12.1 O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável e/ou o mesmo dia de vigência do seguro, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

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

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

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

12.5 O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade do Segurado Titular, poderá ser incluído no seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da

adoção, guarda ou tutela e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

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

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

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

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

- a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;
- b) Proposta Comercial assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- c) Proposta de Seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar.
- d) Condições Gerais assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa, na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- e) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo proponente, ou arquivo magnético em linguagem txt cujo layout é fornecido pela Seguradora;
- f) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- g) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar, e pela Instituição de ensino sob carimbo;

- h) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, na forma de seus atos constitutivos, ou em ambas as situações mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- i) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratório lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte e RNE - Registro Nacional de Estrangeiro e Diário Oficial, outros documentos que a Seguradora julgar necessários;
- j) Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes.
- k) Além de documentos que comprovem a elegibilidade dos segurados o Empresário Individual deverá apresentar documentos que comprove a sua inscrição nos órgãos competentes, documento de identidade do titular inscrito no órgão competente, documentos que comprovem a atividade econômica exercida, sua regularidade junto à Receita Federal, e outros que a Seguradora julgar necessários.

14. Formas de Inclusão e de Exclusão

14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

14.1.1 O Estipulante ou o corretor por ele indicado efetuará, sob sua responsabilidade, o registro da inclusão de novos Segurados titulares ou dependentes no sistema de Movimentação Eletrônica de Cadastro SulAmérica ("MECSAS") e através das informações fornecidas será definido, de forma automática, o início de vigência dos Segurados incluídos. Quando necessário, ao efetivar a solicitação de inclusão, o sistema, indicará a necessidade do envio de documentos à Seguradora para liberação da inclusão.

14.1.2 O Estipulante ou o corretor efetuará, sob sua responsabilidade, o registro da exclusão no sistema da Seguradora "MECSAS" e, através das informações fornecidas, serão definidas, de forma automática, o fim de vigência.

14.1.2.1 O Estipulante se compromete a enviar à Seguradora, no ato do registro da exclusão, os documentos que ensejaram a exclusão do Segurado.

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

14.2.1 Quando não for possível a utilização do MECSAS, o Estipulante ou o corretor por ele indicado utilizará a movimentação manual, através da qual deve entregar à Seguradora na ocasião da inclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, denominado cartão proposta e declaração de saúde, quando aplicável, devidamente preenchidos e

assinados pelo(s) representante(s) legal(is) do Estipulante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Seguradora.

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

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

14.2.2 Alternativamente, quando não for possível a utilização do MECSAS, o Estipulante deverá entregar, obrigatoriamente, à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário de exclusão fornecido pela Seguradora, o qual deverá ser entregue devidamente preenchido e assinado pelo(s) representante(s) legal(is) do Estipulante, sob carimbo da empresa, bem como estar acompanhado do documento comprobatório do motivo da exclusão. O fim de vigência do respectivo Segurado será o último dia que antecede o novo mês de vigência, com base no protocolo de entrega do formulário de exclusão e documentos comprobatórios do motivo da exclusão na Seguradora.

15. Coberturas e Procedimentos Garantidos

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

15.1 Cobertura Assistencial

Nos procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, e respeitados os critérios de, referenciamento, reembolso se houver, ou qualquer outro tipo de relação entre a Seguradora e prestadores de serviços de saúde, e fica assegurada a cobertura para os itens descritos a seguir.

15.1.1 Cobertura de procedimentos de anestesia e sedação, para os procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.1.2 Cobertura para equipe necessária à realização dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver previsão da participação destes profissionais; e

- 15.1.3** Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, e demais insumos necessários para realização dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.
- 15.1.4** Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, com ou sem intenção de suicídio.
- 15.1.5** As lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por segurados com doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.
- 15.1.6** Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT e a segmentação contratada.
- 15.1.6.1** Procedimentos ou rotinas vinculados à realização de um procedimento ou evento em saúde não coberto não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da Seguradora.
- 15.1.7** Cobertura dos procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.
- 15.1.7.1** Todas as escopias listadas Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.
- 15.1.8** Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- 15.1.8.1** Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.
- 15.1.9** Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua

remoção e/ou retirada, bem como de sua manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do médico assistente.

15.1.10 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a Seguradora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa nº 566/2022, respeitada a segmentação assistencial, os prazos carência e a CPT.

15.1.10.1 O procedimento medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

15.1.11 Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que:

15.1.11.1 Tenha sido aprovada sua disponibilização no Sistema Único de Saúde – SUS, e que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;

15.1.11.2 Seja demonstrada as evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento para o uso pretendido na solicitação, bem como o uso consagrado ou a existência de autorização do uso pretendido em um dos países cuja autoridade regulatória competente seja membro do Conselho Internacional para Harmonização de Requisitos Técnicos de Produtos Farmacêuticos de Uso Humano - **ICH** ou do Fórum Internacional de Reguladores de Produtos para a Saúde – **IMDRF**, conforme estabelece a legislação vigente

15.2 Cobertura Hospitalar

Compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, bem como os atendimentos ambulatoriais definidos na cláusula **15.2.13** destas Condições Gerais, e todos os itens descritos a seguir.

15.2.1 Cobertura de Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos habilitados pela

vigilância sanitária para prestar atendimento ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde que possua a devida competência.

15.2.1.1 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada na acomodação contratada é garantido ao Segurado o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

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

15.2.2 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.

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

15.2.3.1 Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.

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

15.2.5 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.6 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.7 Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.7.1 Caberá ao médico assistente determinar as características das Órteses, Próteses e dos Materiais Especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.7.2 O médico assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

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

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

15.2.9 Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que inclui:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas com deficiência. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
- c) exclusivamente a acomodação, para os segurados maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.

15.2.10 Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

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

15.2.11.1 O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do segurado, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

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

15.2.12 Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer e a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.13 Cobertura dos procedimentos ambulatoriais descritos a seguir cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, respeitada a Diretriz de Utilização – DUT da ANS, quando houver.

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde da ANS, vigente à época, bem como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

b1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

- c)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d)** Hemoterapia;
- e)** Nutrição parenteral ou enteral;
- f)** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- g)** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h)** Radiologia intervencionista;
- i)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j)** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e;

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

- a)** as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Seguradora do segurado receptor;
- b)** os medicamentos utilizados durante a internação;

- c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), EXCETO medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao segurado receptor.

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

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

- a) determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
- b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

15.2.14.3 Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 566/2022, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e CPT.

15.2.14.4 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.

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

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

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substância psicoativa
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F 30 e F 31	Transtornos do Humor
F 84	Transtornos globais do desenvolvimento

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

15.3 Cobertura Obstétrica

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

15.3.1 Procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, mesmo que não inscrito no seguro saúde.

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

15.3.2 Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

15.3.2.1 Entende-se pós-parto imediato, como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

15.3.3 Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetritz habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

15.4 Remoção

Remoção por via terrestre do segurado comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica e área de

atuação previstos no contrato, em território brasileiro, respeitado as condições descritas a seguir.

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

- a) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do plano para um Hospital referenciado do plano contratado;
- b) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital referenciado do plano contratado;
- c) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado dentro da área de atuação do plano contratado, somente deverá ser removido quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao segurado na unidade de origem;
- d) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede referenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital referenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede referenciada, conforme Resolução Normativa nº 566/2022;
- e) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital referenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede referenciada.

15.4.2 A remoção de Segurados que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

- a) Quando o segurado estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede referenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 566/2022;
- b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do

plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada

16. Exclusões de Cobertura

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

- 16.1 Consultas médicas, exceto as relacionadas ao acompanhamento pré-natal, quaisquer exames e terapias realizados em regime ambulatorial, exceto os relacionados ao pré-natal, internação ou relacionados à continuidade da assistência prestada durante a internação;**
- 16.2 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 16.3 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM, ou realizadas em estabelecimentos que não possuem alvará da vigilância sanitária ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde;**
- 16.4 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;**
- 16.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- 16.6 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 16.7 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e *Home Care*, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 16.8 Tratamentos para dependência química em estabelecimentos que não sejam entidades hospitalares;**
- 16.9 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;**
- 16.10 Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética;**
- 16.11 Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**

- 16.12** Curativos e materiais de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio, bem como os medicamentos utilizados em atendimento ambulatorial cuja obrigatoriedade de cobertura não esteja estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- 16.13** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- 16.14** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásico orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 16.15** Vacinas e auto vacinas;
- 16.16** Inseminação artificial e/ou fertilização in vitro;
- 16.17** Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- 16.18** Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado;
- 16.19** Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento etc.;
- 16.20** Remoções realizadas por via aérea ou marítima;
- 16.21** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas no país ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 16.22** Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e ocorridos em regime de internação hospitalar;

- 16.23 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;**
- 16.24 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;**
- 16.25 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;**
- 16.26 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Hospitalar com Obstetrícia.**

17. Vigência e Condições de Renovação Automática

- 17.1** O período mínimo de vigência deste seguro está expresso na proposta comercial, que é parte integrante destas Condições Gerais, definido na ocasião da contratação.
- 17.2** Cumprida a vigência inicial, será renovado automaticamente por período indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes.
- 17.3** Quando este seguro for renovado por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

18. Carências

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

A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição, hipótese na qual as coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência de cada Segurado.

18.1 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

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

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas com ginecologista obstetra, ultrassonografias obstétricas sem doppler e outros exames laboratoriais básicos necessários ao acompanhamento do

processo gestacional, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias obstétricas com doppler, cateterismos cardíacos, arteriografias, angioplastias, quimioterapia, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo;

e) Grupo de carência 4:

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

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas incluindo hospital dia.

19. Doenças e Lesões Preexistentes

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

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

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

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

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

- 19.5** Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- 19.6** Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- 19.7** Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 19.7.1** Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.
- 19.8** Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 19.9** Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.
- 19.10** A Seguradora poderá oferecer Cobertura Parcial Temporária - CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde.
- 19.11** A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.
- 19.11.1** Instaurado o processo administrativo na ANS, à Seguradora caberá o ônus da prova.
- 19.12** A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 19.13** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

- 19.14** Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- 19.15** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- 19.16** A Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, somente poderá ser aplicada se o Estipulante formalizar o ingresso do beneficiário no seguro saúde após o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a sua condição de segurado.
- 19.17** Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.
- 20. Atendimento de Urgência e Emergência**
- 20.1** A partir do início de vigência da adesão do segurado a cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, 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, de acordo com as condições descritas a seguir.
- 20.1.1** Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.
- 20.1.2** Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.
- 20.1.3** Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.
- 20.2** Nos casos de urgência e emergência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 20.3** Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Segurada terá cobertura

ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

- 20.4** Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária - CPT, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes- DLP.
- 20.5** Nas situações previstas nas cláusulas 20.2, 20.3 e 20.4, ocorrendo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará, não obrigando a Seguradora ao ônus destes atendimentos.
- 20.6** Fica garantida a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao segurado ou pela necessidade de internação para os segurados em cumprimento dos períodos de carência ou cobertura parcial temporária, ou ainda quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.
- 20.6.1** Caberá à Seguradora o ônus e a responsabilidade da remoção do Segurado para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 20.6.2** Na remoção, a Seguradora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Segurado quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 20.6.3** Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 20.6.4** Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de morte do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Seguradora deste ônus.
- 20.7** Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Segurado, é garantida a cobertura sem restrições.
- 20.8** Após o cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária, estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou

que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, e se houver necessidade de remoção, deverá observar todas as condições da cláusula 15.4 - Remoção destas Condições Gerais.

20.9 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada deste Contrato, e tenha o Segurado desembolsado qualquer valor para atendimento, poderá solicitar o reembolso à Seguradora. O valor a ser reembolsado será nos limites das obrigações contratuais de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

20.9.1 Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados na cláusula a seguir, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

21. REEMBOLSO

O contrato prevê o reembolso de parte do valor despendido pelo segurado para a realização dos procedimentos e/ou eventos cobertos pelo contrato, realizados fora da rede referenciada e que possuam cobertura mediante reembolso de acordo com o(s) plano(s) contratado(s) e desde que realizados dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano. O detalhamento dos modelos de pagamento do reembolso, a forma de apresentação dos valores de reembolso (“reembolso por procedimento” ou “reembolso via pacote por evento”), bem como as diferentes categorias de reembolso (“reembolso tradicional” ou “reembolso modular”) estão previstos nas cláusulas 21.1, 21.2 e 21.3, respectivamente, constando na cláusula 21.4 as regras gerais aplicáveis a todas as categorias de reembolso.

21.1 MODELOS DE PAGAMENTO DE REEMBOLSO

São previstos dois modelos de pagamento das despesas reembolsáveis, independentes entre si e não cumulativas, quais sejam: (i) “reembolso por procedimento” ou “procedimento individualizado” aplicável a cada procedimento e/ou evento em saúde; ou (ii) “reembolso via pacote por evento” ou, simplesmente, “pacote”, que compreende o conjunto das despesas referentes ao procedimento principal (cód. TUSS principal), como honorários médicos e/ou não médicos, diárias, taxas, gasoterapias, materiais e medicamentos associados a execução deste procedimento e/ou evento em saúde.

21.1.1 Caso determinado(s) procedimento(s) individualizado(s) componha(m) o pacote, o reembolso desse(s) determinado(s) procedimento(s) será(ão) realizado(s) junto com o pedido de reembolso do procedimento principal (cód. TUSS principal) no formato via pacote por evento, conforme descrito no Anexo A da Tabela de Reembolso.

21.1.2 O valor de reembolso via pacote por evento é fixo e igual para todas as grades de reembolso / plano contratado, independentemente de qualquer critério, como, por exemplo quantidade ou tipo / modelo de material utilizado.

21.2 Valor do Reembolso

Os valores contratados para o reembolso dos procedimentos cobertos pelos respectivos planos estão dispostos na Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS, em moeda corrente nacional (reais), os quais poderão ser consultados pelos segurados através da área logada. Tais valores não são inferiores ao praticado na rede referenciada e representam o limite máximo que os segurados podem receber por solicitação de reembolso. O cálculo do reembolso não exige a aplicação de fórmulas ou outros componentes, exceto em casos de coparticipação e/ou eventuais critérios técnicos definidos na Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS que afetem o valor final.

21.2.1 Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS

A Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS consiste na relação de procedimentos e/ou eventos médico-hospitalares com seus respectivos valores de reembolso, os quais podem variar a depender da grade que se enquadra o respectivo plano contratado, a qual estará especificada nas Características Essenciais dos Planos. A Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS (“**Versão 9.145.388**”) é dividida da seguinte forma:

a) Instruções Gerais

No item 1 da tabela estão as instruções gerais com os critérios técnicos aplicados a determinados procedimentos que podem interferir no valor final do reembolso;

b) Planos e Grades de Reembolso

No item 2 da tabela estão os esclarecimentos sobre as duas categorias de reembolso - tradicional e modular – e a forma de consulta aos valores de reembolso, considerando as subdivisões por grade. Ex.: grade 1, grade 2, etc.. Os segurados que possuem planos cujo reembolso é aplicável a determinados procedimentos ou grupo de procedimentos, como, por exemplo, o reembolso modular, deverão observar, ao consultar a tabela, se há cobertura por reembolso contratada para o procedimento para o qual se pretende obter o reembolso;

c) Anexo A – Reembolso via pacote por evento

No item 3 da tabela está o ‘Anexo A’, com a relação de procedimentos que serão reembolsados via pacote por evento, com o respectivo código, descrição e valor. O valor definido para o pacote é fixo e, portanto, **não** varia de acordo com a grade de planos e/ou com a quantidade ou tipo de materiais utilizados ou quaisquer outras variáveis porventura apresentadas.

d) Relação de Procedimentos Reembolsáveis

No item 4 da tabela está a relação dos procedimentos reembolsáveis, com seus respectivos códigos e valores em reais, considerando as subdivisões por grade de plano. Caso o procedimento principal (cód. TUSS principal) se enquadre na composição de reembolso via pacote por evento, haverá a indicação do respectivo código do pacote e o valor do reembolso obedecerá ao disposto no Anexo A da tabela. Ainda, caso existam procedimentos individualizados que compõem o pacote do procedimento principal (cód. TUSS principal), **não** será aplicado o valor

do reembolso por procedimento e considerar-se-á o valor do reembolso via pacote por evento, conforme consta no Anexo A.

21.2.1.1 Divulgação e consulta aos procedimentos reembolsáveis

21.2.1.1.1 A Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS está devidamente registrada no Cartório do 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, assim como está disponível a todos os Segurados na sede da Seguradora e na área logada do segurado (website www.sulamerica.com.br/saudeonline).

21.2.1.1.2 O valor em reais dos procedimentos reembolsáveis relacionados no item 4 da Tabela poderá ser consultado na área logada do segurado, através de campo de busca. Já o valor correspondente aos procedimentos reembolsados via pacote por evento poderá ser consultado no “Anexo A” da Tabela constante na área logada do segurado (website www.sulamerica.com.br/saudeonline).

21.2.2 A Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS, inclusive o Anexo A, poderão ser atualizados com inclusões e/ou exclusões de procedimentos e/ou eventos médico-hospitalares, bem como de pacotes por procedimentos e/ou eventos médico-hospitalares, respectivamente, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época da realização do evento.

21.2.3 Os valores da Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS, inclusive do Anexo A, poderão ser alterados visando mantê-los compatíveis aos valores praticados na rede referenciada.

21.2.4 O reajuste no valor de reembolso ocorrerá mediante negociação entre as **PARTES** no aniversário do contrato e sem prejuízo da revisão periódica descrita na cláusula 21.2.3, a qual tem por objetivo garantir que o valor do reembolso não seja inferior ao menor valor praticado na rede referenciada."

21.3 CATEGORIAS DE REEMBOLSO

As categorias de reembolso variam de acordo com o plano contratado e são classificados como: (i) “reembolso tradicional”, aplicável a todos os procedimentos cobertos pelo contrato de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, ou (ii) “reembolso modular”, aplicável a determinado (s) procedimento(s) e/ou grupo de procedimento(s), sendo: (a) consultas médicas de urgência e emergência; ou (b) honorários médicos. Nas "Características Essenciais dos Planos", constantes nos Anexos I e II, está prevista qual a categoria de reembolso contratada, com a descrição de seu respectivo grupo de procedimentos.

21.3.1 REEMBOLSO MODULAR

O(s) plano(s) contratado(s) nesta modalidade será(ão) identificado(s) como reembolso modular, bem como suas características, estarão especificadas nas Características Essenciais do Plano contratado (Anexos I e II). Os planos contratados nessa modalidade, **não preveem cobertura por reembolso para todos os procedimentos cobertos pelo contrato**. O procedimento e/ou grupo de procedimentos que podem ter a cobertura por reembolso, a depender do plano contratado, estão assim classificados:

a) REEMBOLSO DE CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, **realizadas exclusivamente em pronto socorro**, as quais serão reembolsadas observados os limites e os critérios estabelecidos no plano contratado.

b) REEMBOLSO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

O Segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas de honorários médicos, entendidos como honorários do cirurgião, auxiliares, anestesistas e visita médica, **exclusivamente** durante o período de internação. Tais despesas serão reembolsadas observados os limites e os critérios estabelecidos no plano contratado, bem como os critérios definidos na Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS, inclusive quanto à quantidade de médicos auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento. Sem prejuízo dos critérios ora estabelecidos, o reembolso de visitas médicas será realizado mediante justificativa do médico assistente.

21.3.2 REEMBOLSO TRADICIONAL

O Segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso de todos os procedimentos cobertos pelo contrato, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, os quais serão reembolsados no limite e de acordo com os critérios estabelecidos no plano contratado.

21.3.2.1 Diárias Hospitalares - Para efeito de reembolso:

- a)** “diárias hospitalares” incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com regulação vigente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem relacionados e compatíveis com o evento coberto;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária hospitalar normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória; e
- c)** diárias de partos incluem: a permanência da parturiente e do(s) recém-nascido(s) em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto e pós parto, incluindo registros hospitalares, alojamento,

alimentação da parturiente, alimentação do recém-nascido, banho no leito, administração de medicamentos e demais serviços de enfermagem necessários e compatíveis com o evento coberto, além da acomodação e alimentação relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do parto.

21.3.2.1 Taxas de Sala - Para efeito de reembolso:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala serão pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não será devida; e
- e) Quando o Segurado e/ou qualquer de seus Dependentes forem submetidos a dois ou mais atos cirúrgicos simultaneamente, na mesma sala, pela mesma equipe cirúrgica ou por equipes distintas, será devido o reembolso de apenas uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

21.3.2.3 O reembolso da taxa de sala de procedimentos reembolsados via pacote por evento está contemplado no valor do pacote e, portanto, não será aplicado o valor individualizado constante da Tabela de Reembolso SulAmérica.

21.3.3 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos associados a eventos cobertos, vigente à época do evento, será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do respectivo plano, vigentes na data de

sua utilização, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8/1998, alterada pela CONSU nº 15/1999, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

21.3.4 Consultas obstétricas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia realizados durante o pré-natal, internação ou relacionados à continuidade da assistência prestada durante a internação, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial realizado em Pronto Socorro e Internações Hospitalares.

21.3.4.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS, observada a quantidade de auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento.

21.3.4.2 O reembolso de consultas, serviços auxiliares de diagnose e terapia, honorários profissionais de atendimento ambulatorial e internações hospitalares reembolsados via pacote por evento está contemplado no valor do pacote e, portanto, não será aplicado o valor individualizado constante da Tabela de Reembolso SulAmérica - TRS.

21.4 REGRAS DO REEMBOLSO

As regras de reembolso descritas a seguir são aplicáveis a todos os procedimentos reembolsáveis, seja reembolso tradicional ou reembolso modular.

21.4.1 O reembolso das despesas reembolsáveis, quando solicitado pelo Segurado e/ou por seus Dependentes será realizado desde que, cumulativamente, tais despesas:

- a) sejam decorrentes de procedimentos e eventos em saúde efetiva e regularmente realizados, bem como sejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento, e/ou tenham tido sua cobertura por reembolso devidamente contratada pela Estipulante;
- b) tenham previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT), editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes na época do evento, e compatível ao fim a que se destina;
- c) tenham sido prévia e comprovadamente pagas, mediante a apresentação do comprovante de desembolso;
- d) tenham sido realizadas em prestador de serviços/atendimento utilizado pelo Segurado que esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados, cabendo o envio, quando necessário, de documentação comprobatória (Exemplo: CNEs – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, obrigatório a todos os locais físicos delimitados e permanentes que prestam cuidados com a saúde humana sob responsabilidade técnica,

assim como a inscrição de Pessoa Jurídica das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde, nos termos das Leis 6.839/80 e 9.656/98);

- e) o prestador dos serviços/atendimento utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados; e
- f) o prestador utilizado pelo Segurado não seja referenciado da Seguradora ou, se referenciado, o serviço prestado não seja referenciado pela Seguradora.

21.4.1.1 Não obstante o constante na cláusula 21.4.1, para fins de prevenção de fraudes e nos termos da Resolução Normativa nº 529/2022, à Seguradora é resguardado o direito de formular questionamentos e de solicitar documentos complementares em caso de dúvidas, bem como de realizar auditorias quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos acima e/ou a confirmação de qualquer outra informação e/ou elemento apresentado quando da solicitação de reembolso.

21.4.2 Os valores a serem reembolsados não guardam qualquer relação com os preços negociados e pagos pelo Segurado Titular e/ou por seus Dependentes junto a quaisquer profissionais e/ou clínicas, não havendo, portanto, qualquer obrigatoriedade de reembolso integral de tal despesa por parte da Seguradora.

21.4.3 Coparticipação: O valor correspondente à coparticipação, quando houver previsão na cobertura do plano contratado, será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

21.4.4 Prazo de reembolso: O reembolso, se atendidos todos os requisitos previstos nestas Condições Gerais, será efetuado diretamente em conta bancária de titularidade do Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

21.4.5 O valor reembolsado não será, em hipótese alguma, superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado pelas respectivas despesas.

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

21.4.7 Caso o plano de seguro contratado possua cobertura para o reembolso das despesas reembolsáveis realizadas no exterior, as respectivas condições estarão previstas nas Características Essenciais do Plano correspondente.

21.4.8 Caso o plano de seguro contratado possua cobertura, o reembolso das despesas reembolsáveis, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional (Brasil). Para a conversão será

utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

21.4.9 Prazo de solicitação de reembolso: O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços reembolsáveis realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços reembolsáveis realizados no exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

21.4.10 Para solicitação do reembolso das despesas reembolsáveis, é obrigatória a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cópia do cartão de identificação do segurado;
- b) Nota fiscal quitada ou, exclusivamente nos casos em que a legislação não exigir a emissão de nota fiscal, recibo original e quitado, devendo, tanto a Nota fiscal quitada quanto o recibo original quitado, conter em qualquer hipótese:
 - Razão Social, nº de CNPJ e nº CNES do estabelecimento de atendimento, se pessoa jurídica;
 - Nome completo e nº de CPF do Segurado atendido;
 - Nome completo, nº de CPF, telefone, nº de CRM e especialidade do médico que prestou o atendimento ao Segurado;
 - Nome completo, nº de CPF, telefone e número de inscrição no respectivo conselho regional (CREFITO/COFFITO) do profissional que realizou a terapia;
 - Descrição do(s) serviço(s) realizado(s), quantidade com valor unitário, data(s), horário(s) e endereço completo do local de atendimento;
 - Descrição do diagnóstico ou código do CID;
 - Descrição de materiais e medicamentos utilizados no atendimento do Segurado com valor unitário; e,
 - Assinatura do profissional que realizou o atendimento do Segurado.
- c) Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver.
- d) Para os casos de solicitação de reembolso dos honorários médicos de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.
- e) Recibo Eletrônico emitido pelo Receita Saúde (Instrução Normativa 2240/24 da Receita Federal Do Brasil), quando aplicável.

- 21.4.11** Independentemente do procedimento realizado pelo Segurado, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: RPA (recibos de pagamentos de autônomos), RPS (recibos provisórios de serviços), recibos temporários (em forma de caução), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica).
- 21.4.12** Além dos recibos, notas fiscais e/ou receita saúde, o Segurado deverá apresentar à Seguradora comprovante que demonstre o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque ou demonstrativo de pagamento eletrônico ou comprovante individual de lançamento em cartão de crédito, sendo que na hipótese de pagamento em dinheiro, o Segurado deverá preencher uma declaração de pagamento, conforme modelo disponibilizado pela Seguradora.
- 21.4.13** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação do regular registro do prestador nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços objeto da solicitação de reembolso, a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para os procedimentos reembolsáveis realizadas, a Seguradora solicitará ao Segurado documentos e/ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas Condições Gerais para efetivação do reembolso, que, se aprovado, será realizado até 30 (trinta) dias a partir da entrega completa pelo Segurado à Seguradora das informações e dos documentos complementares.
- 21.4.14** O Segurado Titular deverá manter os seus dados cadastrais, bem como de seus dependentes, devidamente corretos, completos e atualizados, antes da solicitação de reembolso, a fim de que a Seguradora seja capaz de entrar, eventualmente, em contato com ele e/ou com o seu grupo familiar, em caso de dúvidas e/ou solicitações adicionais, se aplicável.
- 21.4.15** A relação de documentos necessários para Reembolso também poderá ser consultada no endereço eletrônico <https://saude.sulamericaseguros.com.br/reembolsosaude/home.htm>, sendo certo que tal consulta não invalida a necessidade de envio de informações e/ou documentos adicionais, conforme previsto na cláusula 21.4.10.
- 21.4.16** O Estipulante obriga-se a informar aos Segurados o endereço eletrônico mencionado acima, para consulta da relação de documentos necessários para solicitação de reembolso, bem como que informações e/ou documentos adicionais poderão ser solicitados pela Seguradora.
- 21.4.17 Guarda de documentos:** A Seguradora somente manterá em sua guarda recibos e notas fiscais originais, referentes às despesas ressarcidas, total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.
- 21.4.17.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao**

procedimento, por no mínimo 5 (cinco) anos, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica.

21.4.17.2 O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída e, portanto, sua solicitação de reembolso não ser deferida e/ou, em tendo sido efetuado o reembolso, dada a ausência de comprovação da regularidade da documentação apresentada ou posterior identificação de indícios de fraude ou de fraude comprovada, de ser obrigado ao ressarcimento de tais valores à Seguradora.

21.4.18 À Seguradora é resguardado o direito de realizar auditorias, a qualquer tempo, para confirmar a conformidade dos documentos apresentados pelo Segurado e do processo de pedido de reembolso das despesas reembolsáveis.

21.4.19 A auditoria poderá ser realizada por equipe de auditoria interna da Seguradora ou por meio de terceiro contratado.

21.4.20 O Segurado deverá enviar à Seguradora, dentro do prazo de solicitação de Reembolso, evidências que demonstrem a conformidade dos documentos apresentados por ele e do processo de pedido de reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares.

21.4.21 A solicitação de Reembolso das despesas reembolsáveis por terceiros é terminantemente proibida, devendo ser realizada exclusivamente pelo Segurado Titular e/ou seus Dependentes.

21.4.22 O Segurado deverá manter sigilo e confidencialidade em relação aos seus dados de acesso (login e senha) ao website sulamerica.com.br/saudeonline e ao aplicativo da Seguradora, SulAmérica Saúde, sendo vedado o seu compartilhamento ou a sua divulgação com/para terceiros, em qualquer hipótese, sob pena:

- a) da exclusão da sua conta de acesso aos canais digitais da Seguradora;
- b) do não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiro;
- c) do cancelamento imediato e motivado do plano de saúde do respectivo Segurado Titular e de seu grupo familiar, inclusive na hipótese de compartilhamento/divulgação de dados de acesso aos canais digitais da Seguradora por Segurado Dependente, sem direito à devolução dos prêmios pagos; e
- d) de o Segurado responsável pelo compartilhamento ser obrigado a ressarcir à Seguradora os danos que sobrevierem dessa divulgação indevida.

21.4.23 Não haverá reembolso quando se tratar de procedimento não coberto pelo plano de saúde ou quando, por exemplo, for identificado o envio de mais de um recibo, receita saúde ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento) **e/ou** com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada consulta/procedimento **e/ou** quando deixar de ser comprovado o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso **e/ou** quando ocorrer a solicitação de reembolso por terceiros **e/ou** de consulta/procedimento não ocorrido ou diverso do efetivamente realizado **e/ou** quando identificada qualquer rasura, adulteração e/ou indício de fraude no documento apresentado **e/ou** no processo de pedido de reembolso em si, na medida em que tal(is) prática(s) configura(m) conduta(s) tipificada(s) no Código Penal Brasileiro ou, ainda, quando o prestador não for regularmente registrado nos órgãos governamentais e/ou de classe para a prestação dos serviços objeto da solicitação de reembolso.

21.4.23.1A Seguradora também se resguarda ao direito de não reembolsar os valores oriundos de atendimentos, procedimentos e/ou eventos realizados em prestadores contra os quais tenha indícios de fraude ou fraude comprovada, reconhecidos por decisão judicial, seja interlocutória ou definitiva.

21.4.24 Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso das despesas reembolsáveis for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a Seguradora se reserva o direito de cancelar imediatamente o plano de saúde do respectivo Segurado Titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução dos prêmios pagos, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por Segurado Dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do Segurado Titular, qualquer de seus Dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela Seguradora qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.

22. Rede Referenciada

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

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

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

- 22.4** As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada.
- 22.5** A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.
- 22.5.1** A relação contendo toda movimentação da rede referenciada estará disponível no *site sulamerica.com.br*, e na Central de Serviços SulAmérica Saúde.
- 22.6** Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.
- 22.7** Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação do Cartão Digital SulAmérica Saúde, documento de identidade e validação prévia de procedimentos, quando necessária.
- 22.8** A relação da rede referenciada será disponibilizada por meio do *website www.sulamerica.com.br*, ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica Saúde.
- 22.9** O Segurado, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede referenciada, deverá contatar a Seguradora para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Segurado, previstos na Resolução Normativa nº 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 22.10** Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede referenciada da SulAmérica no município de demanda do Segurado, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS.
- 23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP**
- 23.1** Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de Validação Prévia de Procedimentos (VPP), a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente.
- 23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.**
- 23.1.2 Remoções.**
- 23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.**
- a) Serviços auxiliares de diagnose**, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados,

polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), realizados durante a internação ou relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação.

- b) Serviços auxiliares de terapia**, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações e monitorização de pressão intracraniana, realizados durante a internação ou relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação.

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

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

24. Divergências Médicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) a identificação do médico da Seguradora responsável pela avaliação do caso;
- b) os motivos da divergência técnico-assistencial;
- c) a indicação de quatro médicos para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;
- d) o prazo para a manifestação do médico assistente;
- e) a informação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do médico assistente quanto à indicação do médico desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Seguradora, dentre os indicados, do médico desempatador;
- f) a informação de que o Segurado ou médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;
- g) a informação de que a ausência não comunicada do Segurado, no caso de junta presencial, desobriga a Seguradora de cobrir o procedimento solicitado.

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

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

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

25. Coparticipação

O Estipulante poderá optar por planos com coparticipação financeira do Segurado. As condições e regras de coparticipação estão descritas nesta cláusula e variam de acordo com o plano contratado. Para fins de incidência de coparticipação os procedimentos estão classificados conforme descritos a seguir, e quando aplicável, estão indicados nas **Características Essenciais dos Planos com Coparticipação**.

25.1 Coparticipação em atendimento em pronto socorro

Incidirá coparticipação quando o Segurado titular ou dependente realizar atendimento em pronto socorro. A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à Rede Referenciada ou sobre o valor do Reembolso.

25.2 Coparticipação em Internação Hospitalar não Psiquiátrica

25.2.1 Incidirá coparticipação quando o Segurado titular ou dependente realizar internação hospitalar em qualquer especialidade médica, exceto nas Internações Psiquiátricas, as quais possuem condições próprias já previstas nestas Condições Gerais.

25.2.2 Todas as vezes que houver internação hospitalar do Segurado titular ou dependente incidirá coparticipação em valor fixo, independentemente da quantidade de dias de internação e está definido nas Características Essenciais dos Planos com Coparticipação, na cláusula Tabela de Coparticipação.

25.3 O valor fixo de coparticipação definido em reais será reajustado anualmente, em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, e a aplicação se dará sempre no aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.3.1.

25.4 Os valores referentes à coparticipação dos Segurados na Rede Referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

25.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados titulares e dependentes será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

25.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

25.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do Contrato, independentemente do cancelamento do Contrato e/ou desligamento do Segurado.

26. Prêmio Mensal

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

26.2 O prêmio mensal inicial será constituído pela soma dos prêmios individuais de cada segurado de acordo com a faixa etária, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

26.3 O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na proposta comercial, que é parte integrante deste contrato de seguro.

26.4 O valor do prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 563, conforme descrito a seguir:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

26.4.1 Durante a vigência do seguro, o valor do prêmio mensal será adequado de acordo com a Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária, descrita na cláusula de Características Essenciais de cada plano.

26.5 A Estipulante poderá optar pela precificação deste Contrato por preço único (taxa média), desde que: (i) a opção seja feita no momento da contratação do plano de saúde, e; (ii) o contrato possua no mínimo 200 (duzentas) vidas implantadas na data da contratação.

26.5.1 Caso a Estipulante adote o critério de precificação por preço único (taxa média), conforme os requisitos definidos na cláusula 26.5., acima, o prêmio mensal deste Contrato será apurado pela Seguradora da seguinte forma:

- a) Multiplicar-se-á o número total de segurados da mesma faixa etária e mesmo plano pelo valor do respectivo prêmio percapita por faixa etária, conforme indicado na proposta comercial assinada pelo Estipulante. O resultado será correspondente ao valor da faixa etária por plano;
- b) Com o resultado apurado no item 'a', acima, serão somados os valores de todas as faixas etárias do plano e este valor será dividido pelo número total de segurados considerados na apuração do respectivo plano. O resultado será correspondente ao prêmio per capita do plano por preço único (taxa média).

26.5.2 Se, durante a vigência do Contrato e a qualquer tempo, for identificada pela Seguradora a redução no número de vidas vinculadas ao Contrato de modo que afete a condição estabelecida na cláusula 26.5., acima, ou seja, se o Contrato apresentar número inferior a 200 (duzentas) vidas a ele

vinculadas, a Seguradora reserva-se o direito de readequar o critério de precificação deste Contrato para faixa etária, o que incidirá a partir do aniversário do Contrato seguinte ao evento que descaracterizou o número mínimo de vidas implantadas estabelecido na cláusula.

26.5.3 Independentemente do critério de precificação em vigor, permanecem válidas e inalteradas as condições de reajustes estabelecidas na cláusula 27 das Condições Gerais.

26.6 O prêmio mensal deverá ser pago pelo Estipulante à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.

26.7 O vencimento dos prêmios mensais será indicado na proposta de seguro, que é parte integrante destas condições gerais. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

26.8 Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes das alterações de planos, de inclusões e exclusões de Segurados, serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

26.9 As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

26.10 O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros e correção monetária.

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

26.12 O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

26.13 O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias resultará no cancelamento do seguro.

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

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

26.16 A Seguradora reserva-se o direito de analisar o prêmio mensal nas situações em que ocorrer inclusões ou exclusões de Segurados que pertençam a Unidade Federativa não contemplada no estudo inicial/cotação, e/ou se o Grupo Segurável sofrer alterações que descaracterizem as condições acordadas na contratação e/ou, ainda, ocorra redução de 10% (dez por cento) na quantidade de vidas em relação à contratação inicial, que poderá resultar em novo prêmio mensal, e, conseqüentemente, em nova contratação.

27. Reajuste do Prêmio do Seguro

Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente, com periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, e o percentual de reajuste será apurado de acordo com o enquadramento dos contratos na quantidade de vidas definidas nas cláusulas **27.1, 27.2, 27.3 e 27.4**, independente do reajuste aplicado automaticamente por mudança de faixa etária.

- a)** Para os contratos com até 29 (vinte e nove) vidas terão como mês de referência para a primeira apuração o mês de assinatura do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste.
- b)** Para os contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas no mês de aniversário do contrato do ano anterior a aplicação do reajuste, para definição da regra de reajuste, terão como mês de referência para a apuração da quantidade de vidas o mês que antecede a apuração do reajuste.
- c)** Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato é informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Para os contratos com até 29 (vinte e nove) vidas, além de informar a ANS, o percentual de reajuste a ser aplicado será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no Portal Sul América Saúde Online, área logada, e será informado se a Empresa Contratante integrou o agrupamento de contratos, conforme dispõe a Resolução Normativa RN nº **565/2022**.

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

De acordo com a Resolução Normativa – RN nº **565/2022**, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) vidas, serão agrupados e o percentual de reajuste será único para todos, independente do plano contratado e será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente. Os critérios para o cálculo do percentual de reajuste estão definidos a seguir.

27.1.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - **VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

- a)** A VCMH, que poderá ser ponderada por plano, região e sexo, é calculada por meio da variação do custo do sinistro per capita anual de dois períodos consecutivos compreendidos de março a fevereiro, considerando os sinistros pagos dos contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, sendo o último período imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data de referência o mês de maio do ano de início do ciclo de aplicação de reajuste.
- b)** Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de

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

- c) A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares - IVCMH.

27.1.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o Índice de Reajuste de Sinistralidade - **IRS** apurado no agrupamento estiver acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos).

- a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de reajuste.
- b) Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.
- c) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.
- d) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula para compor o **Percentual de Reajuste Único – PRU**.

$$\text{IRS} = \left[\frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

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

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

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

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

0,65 = Índice Máximo de Sinistralidade.

27.1.3 Percentual de Reajuste Único - PRU

Desta forma, o PRU será obtido considerando a composição dos resultados encontrados.

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

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

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

27.2 Reajuste para Contratos com até 99 (noventa e nove) vidas

Serão considerados todos os contratos que contemplem até 99 (noventa e nove) vidas no mês que antecede a apuração do reajuste, e que não se enquadrem no agrupamento da Resolução Normativa nº **565/2022**. Os critérios para o reajuste estão definidos a seguir

27.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - **VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

27.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurado no grupo de empresas estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

- a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração.
- b) Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.
- c) Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência dos contratos.
- d) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

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

$$\text{IRS} = \left[\frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,70$$

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

$\sum \text{Sinistros}$ = Soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

$\sum \text{Prêmios}$ = Soma dos prêmios pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

27.2.3. Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que contemplem até 99 (noventa e nove) vidas e que não se enquadrem no agrupamento da Resolução Normativa nº 565/2022.

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

Em que:

R = Reajuste

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento. Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 na aplicação da fórmula.

27.3 Reajustes para Contratos de 100 (cem) a 499 quatrocentos e noventa e nove) vidas.

Serão considerados todos os contratos que contemplem de 100 (cem) a 499 (quatrocentos e noventa e nove) vidas no mês que antecede a apuração do reajuste e os critérios para o reajuste estão definidos a seguir.

27.3.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - **VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

27.3.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

- a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração, considerando 50% (cinquenta por cento) do resultado de todos os contratos coletivos empresariais que contemplem de 100 (cem) a 499 (quatrocentos e noventa e nove) vidas e, 50% (cinquenta por cento) do resultado do próprio contrato.
- b) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.
- c) Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos
- d) Os contratos que integrarão a base de cálculos, devem ter mais de cinco meses de vigência
- e) **O índice de Reajuste de Sinistralidade, será obtida conforme a seguinte fórmula:**

$$IRS = \left[\left(\frac{\sum \text{Sinistros ca}}{\sum \text{Prêmios ca}} \right) / 0,7 \right] \times 0,5 + \left[\left(\frac{\sum \text{Sinistros co}}{\sum \text{Prêmios co}} \right) / 0,7 \right] \times 0,5$$

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade

$\sum$ Sinistros ca = soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos da carteira dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior a data de apuração.

$\sum$ Prêmios ca = soma dos prêmios pagos da carteira dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior a data de apuração.

$\sum$ Sinistros co = soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos do contrato dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior a data de apuração.

$\sum$ Prêmios co = soma dos prêmios pagos do contrato dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior a data de apuração.

27.3.3 Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que contemplem de 100 (cem) a 499 (quatrocentos e noventa e nove) vidas

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

Em que:

R = Reajuste

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade. Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 na aplicação da fórmula.

27.4 Reajustes do Prêmio do Seguro para contratos com 500 (quinhentas) vidas ou mais.

Para os contratos com 500 (quinhentas) vidas ou mais, o índice de sinistralidade será avaliado individualmente, ou seja, por contrato, e a apuração da quantidade de vidas será no mês que antecede a apuração do reajuste.

27.4.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na **Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

27.4.2 Reajuste do Prêmio em função da Sinistralidade

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

- a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração.
- b) Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.
- c) Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência dos contratos.
- d) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.
- e) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula abaixo para compor o **percentual de reajuste**.

$$IRS = \left[\frac{\sum \text{Sinistros co}}{\sum \text{Prêmios co}} \right] / 0,70$$

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

$\sum$ **Sinistros co** = Soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos do contrato dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

$\sum$ **Prêmios co** = Soma dos prêmios pagos do contrato dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

27.4.3 Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que contemplem 500 (quinhentas) vidas ou mais.

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

Em que:

R = Reajuste

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade. Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 na aplicação da fórmula.

28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

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

28.2 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 563, Artigo 3º, na cláusula 28.3 abaixo.

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

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

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

- 28.2.4** A readequação por mudança de faixa etária não é considerada como reajuste nos termos do artigo 28 da RN nº 557/2022, da ANS.

28.3 Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

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

29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados

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

29.1 Ex-empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

- 29.1.1** Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.
- 29.1.2** O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o seguro-saúde, na vigência da Lei nº 9656/98, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 29.1.3** Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento do desligamento ou exoneração, sem justa causa, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 30 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro-saúde.

- 29.1.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- a)** Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
- b)** É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 29.1.5** Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a condição de Segurados deste seguro-saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 29.1.6** O direito de manutenção, assegurado no seguro-saúde para ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
- 29.1.7** A condição de Segurado, do ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, deixará de existir quando (i) da admissão do Segurado Titular em novo emprego, (ii) ocorrer o cancelamento do seguro motivado pelo Estipulante ou pela Seguradora, (iii) findar-se o período previsto na cláusula 29.1.2, ou (iv) não houver o pagamento de 2 (dois) prêmios mensais, consecutivos ou não, desde que a Seguradora notifique o Segurado até o quinquagésimo dia de inadimplência, oportunizando o pagamento em até 10 (dez) dias ininterruptos do recebimento da notificação. Nesta hipótese, o cancelamento somente será efetivado caso o pagamento do prêmio inadimplido não ocorra dentro de tal prazo.
- 29.1.7.1** Na hipótese de a notificação de inadimplência for recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência, será concedido o prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito, contados a partir do recebimento da notificação.
- 29.1.7.2** A notificação mencionada no item 'iv', acima, deverá ocorrer na forma prevista na cláusula 31.4.3.6 deste Contrato.
- 29.1.7.2.1** Caso o segurado envie questionamento formal, relacionado ao pagamento do débito citado na notificação, dentro dos 10 (dez) dias referidos na cláusula anterior, será oportunizado um novo prazo de 10 dias corridos, contados da data do recebimento da dúvida do segurado, para pagamento da parcela inadimplida. Tal questionamento deve, obrigatoriamente, estar relacionado ao pagamento do débito citado na notificação

29.1.7.2.2 Em havendo um segundo questionamento, apenas será concedido um novo prazo de 10 dias corridos para pagamento, caso seja uma dúvida fundamentada, diferente da primeira e sobre a qual a Seguradora não tenha prestado o devido esclarecimento.

29.1.7.2.3 Em hipótese alguma conceder-se-á um novo prazo para pagamento caso tal questionamento tenha efeito meramente protelatório, entendido como aquele que visa apenas atrasar o cumprimento da obrigação de pagamento, como, por exemplo, mas não se limitando, a alegações de falta de recebimento de notificações anteriores, quando comprovadamente enviadas nos termos do contrato e da legislação vigente, solicitações de documentos ou informações que já foram fornecidas anteriormente, questões que não se refiram ao inadimplemento em si, mas a outros aspectos do contrato que não têm impacto na obrigação financeira do segurado.

29.1.7.2.4 A Seguradora se reserva o direito de considerar como inadimplemento a falta de pagamento da totalidade ou de parte dos débitos mencionados na notificação, após os prazos estabelecidos nas cláusulas anteriores, independentemente da análise de questionamentos que não atendam aos critérios acima.

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

29.2 Ex-empregado Aposentado

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

29.2.2 Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro-saúde, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à

saúde ou seu sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

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

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

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

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

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

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

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

29.2.8 A condição de Segurado do ex-funcionário aposentado deixará de existir quando: (i) da admissão do Segurado Titular em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde, (ii) ocorrer o cancelamento do seguro motivado pelo Estipulante ou pela Seguradora, (iii) findar-se o período previsto na cláusula 29.2.2 ou (iv) não houver o pagamento de 2 (dois) prêmios mensais, consecutivos ou não, , desde que a Seguradora notifique o Segurado até o quinquagésimo dia de inadimplência, oportunizando o pagamento em até 10 (dez) dias ininterruptos do recebimento da notificação. Nesta hipótese, o cancelamento somente será efetivado caso o pagamento do prêmio inadimplido não ocorra dentro de tal prazo.

29.2.8.1 Na hipótese de a notificação de inadimplência for recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência, será concedido o prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito, contados a partir do recebimento da notificação.

29.2.8.2 A notificação mencionada na hipótese 'iv', acima, deverá ocorrer na forma prevista na cláusula 31.4.3.6 deste Contrato.

29.2.8.2.1 Caso o segurado envie questionamento formal, relacionado ao pagamento do débito citado na notificação, dentro dos 10 (dez) dias referidos na cláusula anterior, será oportunizado um novo prazo de 10 dias corridos, contados da data do recebimento da dúvida do segurado, para pagamento da parcela inadimplida. Tal questionamento deve, obrigatoriamente, estar relacionado ao pagamento do débito citado na notificação

29.2.8.2.2 Em havendo um segundo questionamento, apenas será concedido um novo prazo de 10 dias corridos para pagamento, caso seja uma dúvida fundamentada, diferente da primeira e sobre a qual a Seguradora não tenha prestado o devido esclarecimento.

29.2.8.2.3 Em hipótese alguma conceder-se-á um novo prazo para pagamento caso tal questionamento tenha efeito meramente protelatório, entendido como aquele que visa apenas atrasar o cumprimento da obrigação de pagamento, como, por exemplo, mas não se limitando, a alegações de falta de recebimento de notificações anteriores, quando comprovadamente enviadas nos termos do contrato e da legislação vigente, solicitações de documentos ou informações que já foram fornecidas anteriormente, questões que não se refiram ao inadimplemento em si, mas a outros aspectos do contrato que não têm impacto na obrigação financeira do segurado.

28.2.8.2.4 A Seguradora se reserva o direito de considerar como inadimplemento a falta de pagamento da totalidade ou de parte dos débitos mencionados na notificação, após os prazos estabelecidos nas cláusulas anteriores, independentemente da análise de questionamentos que não atendam aos critérios acima.

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

29.3 Da Mudança de Operadora

29.3.1 No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo Estipulante, mediante a contratação sucessiva de mais de uma Operadora, serão considerados para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de

contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do Estipulante com várias Operadoras. Esta condição somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual, que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

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

29.4 Da Sucessão de Empresa Empregadora

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

29.5 Comunicação ao Segurado

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

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

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

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

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

29.5.4 A SulAmérica disponibiliza no Portal SulAmérica Saúde Online, nos módulos Empresa e Segurado, o valor correspondente ao custo por faixa etária, mesmo que tenha sido adotado faturamento por preço único, ou haja financiamento do Estipulante, conforme determina a Resolução Normativa nº 488/2022.

29.5.4.1 É permitido ao Estipulante subsidiar parte ou a integralidade do benefício de extensão do plano de assistência à saúde do seus ex-empregados inativos ou parte deles, de acordo com seu critério. Para tanto, deverá informar ao seu custo na integralidade e o valor correspondente subsidiado.

O subsídio suportado pelo Empregador/Estipulante não caracteriza distinção/alteração na forma de cobrança estabelecida pela Empresa Empregadora/Estipulante para o seu grupo de demitidos e/ou aposentados.

29.6 Responsabilidades do Estipulante

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

29.6.2 O Estipulante deverá informar à Seguradora, no ato da exclusão de qualquer Segurado, por meio de formulário e/ou ferramenta eletrônica (MECSAS), os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 488/2022, os quais são:

- a)** Se o Segurado foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b)** Se o Segurado demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa nº 488/2022;
- c)** Se o Segurado contribuía para o pagamento do seguro-saúde;
- d)** Por quanto tempo o Segurado contribuiu para o pagamento do seguro-saúde;
- e)** Se o ex-empregado ou aposentado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

29.6.2.1 A exclusão será aceita pela Seguradora, sendo de responsabilidade do Estipulante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Segurado, bem como, das informações contidas

no artigo 11 da Resolução Normativa nº 488/2022 conforme cláusula anterior.

29.6.2.2 A Seguradora disponibiliza formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, sendo obrigatório o envio deste documento devidamente preenchido, para que a exclusão seja processada, quando o ex-empregado contribuiu a qualquer tempo com o seguro-saúde, nesta Seguradora ou em Operadora anterior e optou pela extensão do benefício, nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

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

- a)** Formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, definido pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, disponibilizado no Portal SulAmérica Saúde Online (www.sulamerica.com.br/saudeonline);
- b)** Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;
- c)** Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria;
- d)** Se aposentado falecido, Concessão de Aposentadoria e Certidão de Óbito.

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

29.8 Disposições Gerais

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

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

29.8.3 Mesmo que haja acordo entre a Seguradora e Estipulante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Estipulante, os

Segurados continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração de sinistralidade.

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

29.8.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências conforme previsto nas Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

30. Exclusão do Segurado

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

- a) A pedido do Estipulante, após tomar ciência, nos termos da legislação vigente, sobre a solicitação do Segurado Titular;
- b) A pedido do Estipulante ou pela Seguradora caso identificado inelegibilidade do Segurado de acordo com os critérios previstos na legislação vigente. Na hipótese de término de vínculo empregatício, o Estipulante é responsável por informar à Seguradora sobre a perda de elegibilidade do Segurado Titular;
- c) por solicitação do próprio Segurado titular, sem a anuência do Estipulante, nos termos da regulação vigente;
- d) devido ao Cancelamento do Seguro por qualquer das Partes;
- e) em caso de morte do Segurado Titular. A exclusão do Segurado deverá ser comunicada pelo Estipulante em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de prêmio;
- f) infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados;
- g) Pela inobservância de cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento;
- h) Em razão do cancelamento por inadimplência dos Segurados mantidos no contrato pela previsão dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/98, observado o disposto nas cláusulas 29.1.7 e 29.2.8, hipótese em que o Estipulante reconhece a possibilidade de exclusão Segurado.

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

- a) perda da condição de dependência definida neste Contrato;
- b) exclusão do Segurado Titular;
- c) por solicitação do Segurado Titular, nos termos da legislação vigente;
- d) devido ao Cancelamento do Seguro por qualquer das Partes;
- e) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.
- f) Em caso de morte do Segurado Dependente. A exclusão do Segurado deverá ser comunicada pelo Estipulante em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de prêmio.

30.3 A exclusão unilateral pela Seguradora nas situações previstas nos itens “b”, “f”, “g” e “h” da cláusula 30.1 ocorrerá mediante notificação comprovada nos termos da legislação vigente.**31. Cancelamento do Seguro****31.1 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante**

31.1.1 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após o período mínimo de vigência deste seguro estabelecido na ocasião da contratação. Tal cancelamento deverá ser previamente comunicado, por escrito, por qualquer das partes, com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência do efetivo cancelamento, sendo devido o pagamento dos prêmios durante este período.

31.2 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora

31.2.1 A Seguradora poderá realizar o cancelamento do contrato, a qualquer momento, sem direito a devolução dos prêmios pagos, quando:

- a) por critérios técnicos-atuariais a manutenção do Grupo Segurado tornar-se inviável, hipótese em que a Seguradora comunicará a rescisão contratual ao Estipulante, por escrito, com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência;
- b) o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 30 (trinta) vidas;
- c) houver inadimplência superior a 30 (trinta) dias em relação à fatura mensal;
- d) o Estipulante, Proponente, ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que

possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;

- e) for identificado pela Seguradora, infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados;
- f) for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante;
- g) o Segurado e/ou seus Dependente, a qualquer tempo, deixarem de observar e/ou cumprir as obrigações contratuais e/ou prestarem declarações inexatas para a Seguradora.
- h) for identificado o esvaziamento do Contrato mediante a exclusão de 20% (vinte por cento) ou mais da quantidade de vidas indicada na Proposta de Seguro, ou, alternativamente, em caso de implantação faseada, será considerado o somatório da quantidade de vidas total a que a Estipulante se obrigou a incluir periodicamente, mediante aceite na Proposta Comercial. Considera-se implantação faseada aquela em que a Seguradora precifica o contrato considerando um número total de vidas, que serão incluídas pela Estipulante de forma periódica e previamente definida entre as partes.

31.2.1.1 Para fins de aplicação da letra “h” da cláusula 31.2.1, não serão computadas, desde que devidamente comprovadas, as exclusões realizadas em consonância (1) com os itens “b”, “c”, “d”, “e” e “h” da cláusula 30.1, bem como (2) com os itens “a”, “b” e “d” da cláusula 30.2.

31.3 Cancelamento do Seguro antes do período inicial de vigência mínima do contrato.

31.3.1 O Estipulante poderá solicitar o cancelamento do Contrato antes do período mínimo de vigência deste seguro, definido por ocasião da contratação, mediante comunicação, por escrito, com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência do efetivo cancelamento, hipótese em que será devido o pagamento do prêmio complementar nos termos da cláusula 31.3.4. Excepcionalmente, quando o cancelamento ocorrer em razão do disposto no item f, da cláusula 31.2.1, não haverá cobrança de prêmio complementar.

31.3.2 A cobrança do valor do prêmio complementar está estabelecida nas cláusulas 31.3.3, 31.3.4 - Tabela de Prêmio Complementar e 31.3.5 por Cancelamento Antecipado, condicionada a sinistralidade apurada na

data do cancelamento, exceto na hipótese da letra “h”, da cláusula 31.2.1, em que o cálculo do valor do prêmio complementar respeitará os parâmetros específicos previstos na cláusula 31.3.7.

31.3.3 Exceto na hipótese da letra “h”, da cláusula 31.2.1, o valor do prêmio complementar terá como base de cálculo a média das faturas emitidas nos últimos 12 (doze) meses, acrescida da média dos boletos emitidos aos demitidos/aposentados vinculados ao contrato no mesmo período. Nos contratos que vigeram por período inferior a 12 (doze) meses, o valor do prêmio complementar será equivalente ao valor da média das faturas emitidas durante o período em que o contrato esteve ativo, acrescida da média dos boletos emitidos aos demitidos/aposentados vinculados ao contrato no mesmo período.

31.3.4 Tabela de Prêmio Complementar por Cancelamento Antecipado

Mútiplos de Fatura	Sinistralidade
2,0 (faturas)	Igual ou inferior a 0,70 (setenta centésimos)
3,0 (faturas)	Superior a 0,70 (setenta centésimos)

31.3.5 O valor do prêmio complementar é calculado da seguinte forma:

- Apuração do Índice de sinistralidade conforme descrito na cláusula, “Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade”
- Considerando o resultado obtido, define-se o múltiplo previsto na tabela acima;
- Multiplica-se o múltiplo pela média das faturas, de acordo com o disposto na cláusula 31.3.4;
- Obtêm-se o valor do prêmio complementar por cancelamento antecipado.

31.3.6 Salvo na hipótese descrita na cláusula 31.2.1, item “f”, o prêmio complementar também será devido pelo Estipulante caso a Seguradora solicite o cancelamento do seguro durante o período inicial de vigência, o qual será calculado de acordo com os critérios estabelecidos nas cláusulas 31.3.3, 31.3.4 e 31.3.5, sendo devido, ainda, eventuais prêmios vencidos. Exclusivamente para a hipótese da letra “h”, da cláusula 31.2.1, o cálculo do valor do prêmio complementar respeitará os parâmetros específicos previstos na cláusula 31.3.7, a seguir.

31.3.7 Caso o Contrato seja cancelado em decorrência da constatação de rescisão indireta pelo Estipulante por meio do esvaziamento do Contrato, nos termos da letra “h”, da cláusula 31.2.1, o valor do prêmio complementar será calculado pela multiplicação do quantum

total das faturas emitidas no mês imediatamente anterior ao mês em que for alcançado o percentual de 20% (vinte por cento) mencionado na letra (h) da cláusula 31.2.1 por 3 (três), independentemente da sinistralidade apurada na data de cancelamento.

31.3.8 O pagamento do prêmio complementar deverá ocorrer até a data de vencimento indicada na fatura. Em havendo atraso no pagamento, incidirá multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de Prêmios.

31.4. Cancelamento do Contrato celebrado por Empresário Individual

31.4.1. O Contrato celebrado por empresário individual poderá ser cancelado pela Seguradora, sem a devolução dos prêmios, nas hipóteses elencadas na cláusula 31.2.1, bem como quando verificada a ilegitimidade do empresário individual e/ou de seu(s) dependente(s). Entende-se por ilegitimidade a não conservação da respectiva inscrição nos órgãos competentes e a regularidade junto à Receita Federal, bem como a inelegibilidade do(s) segurado(s) dependente(s).

31.4.1.1 Caso seja identificada a ilegitimidade descrita na cláusula 31.4.1, acima, a Seguradora notificará o empresário individual e, caso a regularidade não seja sanada e devidamente comprovada, a Seguradora poderá realizar o efetivo cancelamento do contrato após 60 (sessenta) dias do envio da notificação.

31.4.2 O cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, poderá ocorrer na data de aniversário do Contrato, mediante comunicação com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência, sendo devido o pagamento dos prêmios neste período.

31.4.3. Em não havendo o pagamento de 2 (dois) prêmios mensais, consecutivos ou não, o contrato celebrado por Empresário Individual poderá ser cancelado por inadimplência observados os termos da legislação vigente, mediante notificação prévia ao Estipulante até o quinquagésimo dia de inadimplência, oportunizando o pagamento em até 10 (dez) dias ininterruptos do recebimento da notificação. O cancelamento somente será efetivado caso o pagamento do prêmio inadimplido não ocorra dentro de tal prazo.

31.4.3.1 Na hipótese de a notificação de inadimplência for recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência, será concedido o prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito, contados a partir do recebimento da notificação.

31.4.3.2 Caso o segurado envie questionamento formal, relacionado ao pagamento do débito citado na notificação, dentro dos 10 (dez) dias referidos na cláusula anterior, será oportunizado um novo prazo de 10 dias corridos, contados da data do recebimento da dúvida do segurado, para pagamento da parcela inadimplida. Tal questionamento deve,

obrigatoriamente, estar relacionado ao pagamento do débito citado na notificação

- 31.4.3.3** Em havendo um segundo questionamento, apenas será concedido um novo prazo de 10 dias corridos para pagamento, caso seja uma dúvida fundamentada, diferente da primeira e sobre a qual a Seguradora não tenha prestado o devido esclarecimento.
- 31.4.3.4** Em hipótese alguma conceder-se-á um novo prazo para pagamento caso tal questionamento tenha efeito meramente protelatório, entendido como aquele que visa apenas atrasar o cumprimento da obrigação de pagamento, como, por exemplo, mas não se limitando, a alegações de falta de recebimento de notificações anteriores, quando comprovadamente enviadas nos termos do contrato e da legislação vigente, solicitações de documentos ou informações que já foram fornecidas anteriormente, questões que não se refiram ao inadimplemento em si, mas a outros aspectos do contrato que não têm impacto na obrigação financeira do segurado.
- 31.4.3.5** A Seguradora se reserva o direito de considerar como inadimplemento a falta de pagamento da totalidade ou de parte dos débitos mencionados na notificação, após os prazos estabelecidos nas cláusulas anteriores, independentemente da análise de questionamentos que não atendam aos critérios acima.
- 31.4.3.6** Considerar-se-á como notificação válida e eficaz aquela comprovadamente realizada pelos seguintes meios que estejam disponíveis no cadastro de cada segurado:
- a) Correio eletrônico (e-mail); com certificado digital ou com confirmação de leitura;
 - b) Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
 - c) Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor
 - d) Carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural (segurado que permaneceu no Contrato ou Empresário Individual) a ser notificada; ou
 - e) Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

- f) Outra forma superveniente que venha a ser estabelecida na legislação vigente.

31.4.3.6.1 De forma complementar, a Seguradora também poderá realizar a notificação na área logada do segurado ou do Empresário Individual ou por meio do aplicativo SulAmérica Saúde.

32. Disposições Gerais

- 32.1** Fazem parte destas Condições Gerais, Carta de Orientação ao Segurado, Declaração de Saúde, Proposta de Seguro, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS, Guia de Leitura Contratual e o Kit Digital, este último enviado para o endereço eletrônico do Segurado com orientações para acessar o Cartão Digital SulAmérica Saúde e outras informações necessárias para utilização do seguro saúde
- 32.2** Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais, a entrega do Manual de Orientação para Contratação – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:
- a) entregar ao Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no seguro;
 - b) entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
 - c) disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- 32.3** O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.
- 32.4** A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio do *website* www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 32.5** O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões Físico SulAmérica Saúde, se houver, nos casos de desligamento dos Segurados ou imediatamente após o cancelamento do seguro.
- 32.6** O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

- 32.7** O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.
- 32.7.1** Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:
- 32.7.1.1** O Estipulante do contrato será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.
- 32.7.1.2** A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Estipulante.
- 32.8** A Estipulante e a Seguradora ajustam, neste ato, que todas e quaisquer despesas assistenciais que a Seguradora venha a custear em razão de procedimento interno ou, ainda, por força de decisão judicial ou administrativa, seja em decorrência de processos judiciais com ou sem pedido liminar, seja em decorrência de procedimentos administrativos, movidos por segurados integrantes ou que tenham integrado o seguro saúde objeto da presente avença, relacionados a procedimentos cobertos ou não cobertos pelo seguro saúde, pela legislação vigente, ou, ainda tratamentos que não se enquadrem nos critérios previstos nas diretrizes de utilização de cobertura obrigatória, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incidirão, durante a vigência contratual, sobre o sinistro do presente Contrato e serão consideradas para efeitos de reajuste de prêmio do seguro, conforme Cláusula 27 das Condições Gerais.
- 32.8.1** Ajustam, ainda, que todas e quaisquer despesas decorrentes de verbas indenizatórias, custas processuais, honorários advocatícios e/ou qualquer outra despesa que não possa ser enquadrada na categoria de despesa assistencial – tal como definido na cláusula 32.8 acima – serão pagas pela Estipulante em até 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Seguradora.
- 32.8.2** A Estipulante envidará seus melhores esforços para responder a eventuais questionamentos da Seguradora, bem como para fornecer subsídios para a defesa ou resposta em processos administrativos e/ou judiciais em que a Seguradora seja demandada.
- 32.8.3.** As Partes acordam que, uma vez encerrado o Contrato, por qualquer motivo, a totalidade das despesas mencionadas nos itens 32.8 e 32.8.1 serão integralmente ressarcidas à Seguradora e pagas pela

Estipulante em até 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Seguradora.

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

32.10 Responsabilidade Sócio Empresarial. O Estipulante declara que:

- a) leu concorda e cumpre com a Cláusula de Responsabilidade Socioambiental da Seguradora, a Política de Anticorrupção da Seguradora e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do <https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/sobre-a-sulamerica/codigo-de-etica/>;
- b) não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada na Política de Risco Socioambiental da SulAmérica disponível no link <https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/sobre-a-sulamerica/codigo-de-etica/>.

32.11 Ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde

Conforme estabelecido no art. 32 da Lei nº 9.656/98, o ressarcimento ao SUS é a obrigação legal da Operadora de planos privados de assistência à saúde restituir as despesas realizadas pelo SUS em eventual atendimento ao seu beneficiário que esteja coberto pelo respectivo plano.

32.11.1 O ressarcimento ao SUS é realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que notifica a Operadora de planos privados de assistência à saúde após identificar o atendimento no SUS de seu beneficiário.

32.11.2 Após notificação da ANS, a Operadora de planos privados de assistência à saúde poderá apresentar, se cabíveis, impugnação e, na hipótese de rejeição desta, recurso, ambos no âmbito do processo administrativo de ressarcimento ao SUS, sendo possível apresentar documentação que justifique a sua alegação

32.11.2.1 Nos casos em que houver necessidade de apresentação de documentação a ser preenchida pelo segurado, será de responsabilidade de o Estipulante providenciar junto ao segurado o seu preenchimento e devolver à Seguradora para

juntada tempestiva ao respectivo processo de ressarcimento ao SUS.

32.11.3 Não sendo possível a apresentação de impugnação, ou seja, quando o segurado estava habilitado a ser atendido pelo plano de saúde na ocasião do atendimento junto ao SUS, a Seguradora procederá ao pagamento do ressarcimento ao SUS nos termos da notificação da ANS, observando-se, ainda, a subcláusula 32.11.4, abaixo.

32.11.4 As despesas de ressarcimento ao SUS não serão inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos valores estabelecidos pela Seguradora praticados no plano do segurado, e estas despesas comporão o cálculo de sinistro, conforme descrito na Cláusula de Reajuste.

32.11.5 Nos casos em que o ressarcimento ao SUS ocorrer após o cancelamento do Contrato, o Estipulante será responsável pelo pagamento integral das despesas ressarcidas ao SUS pela Seguradora.

32.12 O Estipulante reconhece e concorda que é de sua total responsabilidade manter os seus dados cadastrais e o do seu grupo segurável devidamente atualizados. A notificação enviada na forma prevista na cláusula 31.4.3.6 será considerada válida quando enviada com base nos dados cadastrados no sistema, sendo de responsabilidade do Estipulante manter tais dados atualizados para garantir o recebimento correto das notificações.

33. Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios

O SulAmérica Saúde Empresarial disponibiliza para contratação do Estipulante a Remissão do Pagamento dos Prêmios. O Estipulante poderá optar no momento da contratação e indicar na Proposta de Seguro.

33.1 Objeto

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

33.2 Dependentes Remidos

33.2.1 Serão considerados como Dependentes Remidos exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, incluídos no seguro até o dia anterior ao falecimento do Segurado Titular.

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

33.3 Carência

O direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios será adquirido após o cumprimento dos prazos de carência, exceto quando o falecimento for decorrente de Acidente Pessoal devidamente comprovado.

33.4 Direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

- a) O falecimento do Segurado Titular ocorrer durante a vigência do seguro;
- b) O falecimento do Segurado Titular for decorrente de evento coberto pelo seguro contratado;
- c) O falecimento do Segurado Titular não for causado por Doença ou Lesão Preexistente, ainda que submetida a cobertura parcial temporária - CPT;
- d) O Segurado Titular tiver cumprido o prazo de carência previsto no seguro contratado para o evento causador de sua morte;
- e) Existir vínculo com o Estipulante na data do falecimento;
- f) Todos os prêmios mensais anteriores à data do falecimento do Segurado Titular estiverem quitados.

33.5 Comunicação à Seguradora

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

33.6 Início de Vigência

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

33.7 Cancelamento da Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

- a) Perda da condição de Dependente Remido;
- b) Decorridos os 02 (dois) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;
- c) Constatação de infrações ou fraudes praticadas por qualquer Segurado Remido;
- d) Cancelamento do contrato principal de Seguro Saúde ao qual se vinculam os Segurados Remidos.

34. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

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

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

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

34.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

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

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

- a) Inclusões;
- b) Exclusões;
- c) Alteração de Sexo;
- d) Alteração de Nome;
- e) Alteração de Data de Nascimento;
- f) Transferência para Condição de Remido*;
- g) Atualização de Dados Cadastrais;
- h) Alteração de Dados Bancários;
- i) Alteração de Plano;
- j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado **;
- k) Transferência de Empresas;

l) Reabertura de Matrícula.

m) Correção de CPF

* Para empresas que possuam cláusula de remissão.

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

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

34.3 Requisitos Técnicos

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

34.4 Direitos do Autor

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

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

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

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

34.5 Garantias e responsabilidades

34.5.1 O MECSAS deve ser utilizado de acordo com os termos e condições do presente documento. A Contratada não será responsável por quaisquer danos produzidos por uma utilização do MECSAS contrária a esta licença de software. Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o software. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.

- 34.5.2** A Contratada expressa que esta licença para utilizar o MECSAS não infringe nenhum contrato prévio ou legislação atual.
- 34.5.3** A Contratada garante que o MECSAS não é um programa espião ou de publicidade. A Contratada também garante que o MECSAS não mostra anúncios emergentes nem recompila dados pessoais dos utilizadores.
- 34.5.4** A Contratada não garante a disponibilidade, a continuidade nem o funcionamento no acesso ao MECSAS. Portanto, na medida em que a legislação o permita, esta garantia não inclui os danos surgidos da falta de disponibilidade ou funcionamento interrompido do MECSAS e quaisquer serviços que este possibilite, devendo o Contratante utilizar-se de outro meio de envio das informações e movimentações de seus beneficiários.
- 34.5.5** A Contratada não assume responsabilidade em caso de circunstância imprevisível ou de força maior na funcionalidade da aplicação MECSAS. Além disso, a Contratada não será responsável de quaisquer causas fora do controle razoável, como vírus e interferências de terceiros.
- 34.5.6** O Contratante afirma ter conhecimento de que os dados informados e transmitidos via MECSAS são inteiramente de sua responsabilidade quanto à sua legitimidade e veracidade.
- 34.5.7** A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará, periodicamente, todas as movimentações realizadas, com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.
- 34.5.8** Após o preenchimento dos dados dos segurados (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade da Contratante ou da Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada, para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.
- 34.5.9** A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
- 34.5.10** A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive,

pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.

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

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

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

34.5.14 Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 488/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é de responsabilidade da Contratante a concessão do benefício de manutenção do plano de assistência à saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do beneficiário à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, a Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus segurados.

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

- a) A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
- b) A manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos;
- c) A comunicar a Contratada, quando houver troca de Corretor, caso seja este o usuário do MECSAS, e enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora Nomeada.
- d) Neste ato, a declarar-se licenciada, por parte da Contratada, para o uso do aplicativo MECSAS.
- e) Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

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

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

34.6 Vigência

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

34.7 Elegibilidade

34.7.1 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 557/2022 determina que os segurados elegíveis, previstos contratualmente, devem estar de acordo com o que determina os arts. 5º e 15 da referida norma. Sendo assim, não é permitida a inclusão de segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade, previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis, nos termos da referida norma e do contrato, ensejará a exclusão automática destes e o bloqueio temporário da utilização da ferramenta, pela Contratante ou Corretora Nomeada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas, em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada, após a devida regularização do processo.

34.7.2 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 488/2022 determina que, as movimentações de exclusão de segurados deverão preceder de informações relativas à sua motivação, o que será feito por meio de perguntas, elencadas no artigo 11 da mencionada norma. Referidas perguntas serão incluídas no sistema MECSAS e deverão ser respondidas pela Contratante ou Corretora Nomeada.

34.7.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos segurados, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, a Contratante, a manter em seu poder os documentos comprobatórios da opção de manutenção do plano de saúde, disponibilizando-os sempre que solicitado pela Contratada, conforme cláusula 33.2.7 do presente Termo.

34.7.4 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos segurados cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos

dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como dos aposentados - devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Segurados.

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

34.8 Utilização e acesso

A Contratada oferece a opção de multiusuários, por meio da qual, cada Contratante poderá distribuir os acessos para utilização, bem como definir as permissões do(s) usuário(s) que podem ser: Consultar, Administrar Grupos, Administrar Usuários, Administrar Segurados.

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

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

34.9 Políticas de privacidade

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

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

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

34.10 Direito e jurisdição aplicáveis

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

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

35. Proteção de Dados Pessoais

Seguradora e Estipulante se comprometem a cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, bem como toda a legislação aplicável sobre privacidade e

proteção de dados, inclusive a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, garantindo que, caso o escopo do objeto deste Contrato inclua o tratamento de dados pessoais, não haverá violação das disposições da referida legislação, respeitadas, ainda, as demais disposições a seguir.

35.1 Para os fins da PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS, são considerados:

- a) “DADOS PESSOAIS”: qualquer informação relativa a uma pessoa natural identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”);
- b) “DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS”: é o dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados nesta cláusula conjuntamente como “DADOS”;
- c) “TRATAMENTO”: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;
- d) “CONTROLADOR”: parte que determina as finalidades e os meios de TRATAMENTO de DADOS. No caso da presente cláusula, o CONTROLADOR é tanto a SULAMÉRICA quanto a ESTIPULANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES ou PARTES;
- e) “OPERADOR”: parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso da presente cláusula, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos CONTROLADORES, respeitando-se as regras desta cláusula.
- f) “Encarregado pelo Tratamento” (DPO): pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o CONTROLADOR, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”); e,
- g) “PARTE” ou “PARTES”: SULAMÉRICA e ESTIPULANTE, quando referidos individual ou conjuntamente.

35.2 As PARTES, ambas na qualidade de CONTROLADORES, declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o

objeto do Contrato e a sua finalidade, na forma da legislação e regulamentação em vigor.

35.3 Enquanto CONTROLADOR, a ESTIPULANTE se responsabiliza e garante que as informações que compartilhar diretamente com a SULAMÉRICA, em decorrência deste Contrato, foram coletadas em conformidade com todas as leis e regulamentos aplicáveis de Privacidade e Proteção de Dados.

35.4 Para o pleno atendimento da legislação aplicável e para possibilitar a execução do Contrato, a ESTIPULANTE deverá:

35.4.1 Adotar as medidas razoáveis para garantir a confiabilidade de qualquer funcionário, agente ou terceiro que venha a ter acesso aos DADOS coletados e tratados em função do Contrato, garantindo que o acesso esteja estritamente limitado àqueles que de fato precisam acessá-los, de forma confidencial e em observância à legislação vigente.

35.4.2 Se abster de coletar ou tratar DADOS em nome da SULAMÉRICA em hipóteses que não estejam previstas neste Contrato.

35.4.3 Adotar medidas de transparência para que os TITULARES DOS DADOS sejam informados sobre quais serão os DADOS coletados e compartilhados para fins de execução dos serviços objeto deste Contrato, bem como quais os papéis e responsabilidades tanto da SULAMÉRICA, como da ESTIPULANTE para a viabilização deste Contrato.

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

35.6 Sempre que necessário, um CONTROLADOR poderá solicitar o auxílio do outro a realizar avaliações de risco e impacto, bem como a garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:

- (a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;
- (b) Acesso aos DADOS;
- (c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- (e) Portabilidade dos DADOS;
- (f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento, quando aplicável;

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

(h) Revogação do consentimento, quando aplicável.

35.6.1 Caso algum TITULAR solicite o exercício de seus direitos descritos nos itens “f”, ou “h” acima em face de qualquer um dos CONTROLADORES e o TRATAMENTO dos DADOS impactar na execução do Contrato entre os CONTROLADORES, deverá a PARTE requerida comunicar tal fato à outra PARTE, de forma imediata (e, no limite, no dia útil seguinte).

35.7 Sem prejuízo do disposto nos itens anteriores, na hipótese de acesso indevido, não autorizado e/ou além dos limites da autorização, incidente, perda de DADOS ou qualquer outro prejuízo decorrente do TRATAMENTO de DADOS PESSOAIS ou DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, o CONTROLADOR comprovadamente responsável pelo prejuízo, obriga-se a indenizar as partes prejudicadas e a ressarcir todos os danos a que der causa ao outro CONTROLADOR, aos TITULARES de DADOS ou a terceiros, em qualquer esfera, inclusive aplicação de multas pela ANPD.

35.7.1 O CONTROLADOR responsável não se responsabilizará, em hipótese alguma, por danos consequentes, indiretos e/ou lucros cessantes perante o outro CONTROLADOR.

35.7.2 Caso um CONTROLADOR seja demandado por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente de DADOS que estejam sob responsabilidade do outro CONTROLADOR ou em virtude de descumprimento das obrigações estabelecidas na Lei 13.709/2018 e outras regulamentações pertinentes, fica garantido ao CONTROLADOR demandado o direito de denúncia da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

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

(i) data e hora do incidente;

(ii) data e hora da ciência pelo CONTROLADOR responsável;

(iii) relação dos tipos de DADOS afetados pelo incidente;

(iv) número de TITULARES afetados;

(v) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;

- (vi) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;
- (vii) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e
- (viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

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

35.8.2 Os CONTROLADORES responsabilizam-se integralmente por toda e qualquer informação fornecida ao outro CONTROLADOR em razão do incidente, respondendo, administrativa e judicialmente (civil e criminal) pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das informações prestadas observada o item 35.8.

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

35.9 Os CONTROLADORES declaram que manterão, durante toda a execução do Contrato, padrões de segurança, de privacidade e de proteção de DADOS, aptos a proteger os DADOS de qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Os CONTROLADORES também asseguram que utilizam e continuarão utilizando ao longo da vigência do Contrato as Melhores Práticas de Mercado em relação à segurança das informações que circulam em seus ambientes físicos e virtuais, comprometendo-se a enviar evidências da manutenção desses padrões quando solicitado pelo outro CONTROLADOR.

35.9.1 Os CONTROLADORES acordam em trocar evidências de que mantém os padrões adequados de proteção à privacidade e de segurança da informação por meio do envio de relatório de análise de impacto de privacidade de dados, sempre que solicitado pelo outro CONTROLADOR.

35.10 O presente Contrato autoriza os CONTROLADORES a contratarem OPERADOR, em todo ou em parte, para o exercício de qualquer atividade de TRATAMENTO de DADOS relacionada ao objeto da contratação, exclusivamente para os serviços auxiliares necessários para o normal funcionamento dos serviços dos CONTROLADORES.

35.10.1 Para todos os efeitos, o terceiro contratado será considerado OPERADOR, estando obrigada a, no mínimo, cumprir as obrigações estabelecidas no presente Contrato. Cabe ao CONTROLADOR que o contratou garantir que o terceiro contratado estará sujeito às mesmas obrigações deste Contrato, sendo inclusive, responsável pelas atividades de TRATAMENTO de DADOS exercidas pelo terceiro contratado.

35.11 Ao término da relação entre as PARTES, os CONTROLADORES deverão eliminar, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos DADOS, em caráter definitivo ou não, que tiverem sido tratados em decorrência do Contrato, estendendo-se a eventuais cópias, salvo em virtude de uma base legal que permita a manutenção desses DADOS.

35.12 Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta cláusula, o CONTROLADOR responsável por tal descumprimento deverá saná-lo no prazo de 15 (quinze) dias contados da comunicação pelo outro CONTROLADOR, sendo que, na hipótese da lei ou da regulamentação pertinente prever prazo menor para tal ajuste, prevalecerá o menor prazo. No caso de inércia do CONTROLADOR responsável, este ficará sujeito à rescisão motivada do Contrato, sem prejuízo da necessidade de reparar eventuais perdas e danos, conforme estabelecido nesta cláusula.

35.13 Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos nesta cláusula, as PARTES deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

36. Glossário

36.1 Abrangência Geográfica

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

36.2 Acidente Pessoal

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

36.3 Assistência Domiciliar / Home Care

Assistência ao Segurado, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.

36.4 Atendimento Ambulatorial

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

36.5 Carência

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

36.6 Cartão Proposta

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

36.7 Cartão SulAmérica Saúde

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

36.8 Categoria Funcional

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

36.9 Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

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

36.10 Cobertura Parcial Temporária

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

36.11 Coparticipação

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

36.12 Corretor de Seguros

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

36.13 Dependentes Seguráveis

Grupo Familiar: exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

36.14 Doenças e Lesões Preexistentes

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

36.15 Emergência

Evento que implique em risco imediato de morte ou lesão irreparável para o Segurado.

36.16 Entrevista Qualificada

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

36.17 Estipulante

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

36.18 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

36.19 Grupo Segurável

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

36.20 Hospital-Dia

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

36.21 Internação Hospitalar

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

- a) **Internação Clínica:** motivada por uma causa não cirúrgica.
- b) **Internação Cirúrgica:** motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária à realização de procedimento cirúrgico.

36.22 Leitos de Alta Tecnologia

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

36.23 Médico Assistente

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

36.24 Planos de Seguro

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

36.25 Prêmio

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

36.26 Procedimentos de Alta Complexidade

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

36.27 Proponente

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

36.28 Proposta de Seguro

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

36.29 Rede Referenciada

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Segurado para prestar atendimento médico-hospitalar.

36.30 Reembolso

Ressarcimento ao Segurado Titular das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus Dependentes Segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS e plano contratado.

36.31 Segurado

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

a) Segurado Titular

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

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

36.32 Seguradora

Sul América Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o nº 006246 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ /MF nº 01.685.053/0001-56, situada à Rua do Passeio, 42, 6º Pavimento, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.021-290.

36.33 Sinistralidade

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

36.34 Sinistro

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

36.35 Subestipulante

Pessoa jurídica que, direta ou indiretamente, controle o Estipulante, ou que, direta ou indiretamente, seja controlada pelo Estipulante, ou ainda, esteja sob o controle, direto ou indireto, da(s) mesma(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) que controle(m) o Estipulante.

36.36 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

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

37. Disposições Finais

37.1 Cada uma das partes garante à outra PARTE: (i) que está investida de todos os poderes e autoridade para firmar o presente Contrato e assumir o compromisso aqui contemplado; e, (ii) que a assinatura deste Contrato não resulta violação de qualquer direito de terceiros, lei ou regulamento aplicável ou, ainda, violação, descumprimento ou inadimplemento de qualquer Contrato, instrumento ou documento do qual seja parte, nem na necessidade de obter qualquer autorização nos termos de qualquer contrato, instrumento ou documento do qual seja parte.

37.2 A Estipulante declara que teve a oportunidade de analisar e negociar livremente o presente Contrato, tendo sido aconselhada a consultar um advogado ou escritório de advocacia de sua confiança para a devida interpretação dos seus termos e condições.

37.3 A Estipulante reconhece que todas as disposições deste Contrato foram explicadas de forma clara e que, ao assinar, não levantará quaisquer questionamentos posteriores quanto à sua compreensão ou interpretação, eximindo a Seguradora de quaisquer responsabilidades relacionadas a alegações de falta de entendimento.

37.4 Este Contrato, composto por estas Condições Gerais e pela Proposta de Seguro, Proposta Comercial ou de Contratação e eventual Proposta de Subestipulante, constitui o entendimento completo entre as partes, substituindo quaisquer acordos, negociações ou entendimentos anteriores, verbais ou escritos, relacionados ao objeto aqui tratado.

37.5 A eventual invalidade ou inexigibilidade de qualquer disposição deste contrato não afetará a validade das demais disposições, que permanecerão em pleno vigor e efeito.

- 37.6** O não exercício, por qualquer das partes, de direitos ou faculdades que lhe sejam conferidos por este contrato não importará em renúncia a tais direitos ou faculdades, que poderão ser exercidos a qualquer tempo.
- 37.7** As partes declaram, ainda, para todos os fins e efeitos legais, que tiveram prévia ciência do conteúdo, cláusulas e condições deste contrato, estando com eles de pleno acordo, motivo pelo qual fica estabelecido que nenhuma das PARTES poderá, em qualquer circunstância, alegar falta de conhecimento ou incompreensão dos elementos contidos neste Instrumento, tampouco nos termos do Contrato.
- 37.8** Qualquer alteração das cláusulas e condições deste Contrato somente será válida mediante formalização e assinatura de termo aditivo pelas partes.
- 37.9** As partes reconhecem que o presente Contrato está sujeito à execução específica, a teor do que dispõe o Código de Processo Civil Brasileiro.
- 37.10** As partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de assinatura deste Contrato por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP- BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10, §2º da Medida Provisória n.º 2.200-2/2001 em vigor no Brasil. As Partes também reconhecem que qualquer divergência de datas entre este Contrato e sua formalização eletrônica ou digital será resultado de procedimentos formais, devendo prevalecer as datas deste Contrato e a data de vigência inicial definida entre as partes para regulamentar os eventos da operação, como reajustes de preços, incidência de juros, vigência e término.
- 38. Foro**
Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Estipulante
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Testemunhas

Nome:
CPF:
RG:

Nome:
CPF:
RG:

Esta página de assinaturas é parte integrante e indissociável das Condições Gerais SulAmérica Saúde Empresarial, Contrato nº 0058.0045.3097.

Anexo I

Características Essenciais Planos sem Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.23 HO QC RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496001237

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 1

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Apartamento sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.23 HO QP RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496003233

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 2

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Quarto Coletivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Empresarial/PME Trad.23 HO QC RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496005230

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 3

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergências comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 **Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 5. **Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Especial 100 sem Coparticipação “RC”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.23 HO QP RM RC

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496009232

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 4

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, ‘a’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no

“Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 Seguro Viagem Internacional-** conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
 - 4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**
- 4.3 Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 5. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 sem Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.23 HO QP RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496011234

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 5

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante o período de internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 Seguro Viagem Internacional**- conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
 - 4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**
- 4.3 Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 5. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Mais sem Coparticipação

**Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial
Segmentação Hospitalar com Obstetrícia**

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial Mais PME/Empresarial Trad.23 HO QP RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496502237

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 6

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante o período de internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial Mais na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade,

o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional- conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo sem Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.23 HO QP RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496015237

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 7

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante o período de internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 Seguro Viagem Internacional**- conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
 - 4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**
- 4.3 Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 5. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo sem Coparticipação “RM R2”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.23 HO QP RM R2

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496017233

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 8

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante o período de internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 Seguro Viagem Internacional**- conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
 - 4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**
- 4.3 Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 5. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo sem Coparticipação “RM R3”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.23 HO QP RM R3

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496019230

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 9

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante o período de internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional- conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige Empresarial/PME HO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 469521136

Coparticipação: Não

Reembolso Tradicional: Procedimentos Cobertos

Grade de Reembolso: 10

2. Reembolso Tradicional

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de todos os procedimentos cobertos pelo contrato, em consonância com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, conforme definição da cláusula 21.3.2 das Condições Gerais.

- 2.1** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas dos procedimentos cobertos, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Executivo.

2.1.1 O reembolso das despesas dos procedimentos cobertos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 Transplantes de órgãos** - conforme descrito no item 1 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 Consulta ao Viajante** - conforme descrito no item 2 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.3 Motorista Amigo da Saúde** - conforme descrito no item 3 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.4 Remoção Especial** - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.5 Coleta Domiciliar de Exames** - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.6 Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.7 Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
 - 4.7.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias. Após emissão da apólice não poderá haver alteração no período definido.**
- 4.8 Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 5. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Anexo II

Características Essenciais dos Planos com Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.23 HO QC COP RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496002235

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 1

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 320,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.23 HO QP COP RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496004231

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 2

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 320,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Clássico Empresarial/PME Trad.23 HO QC COP RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496006238

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 3

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Reembolso no Exterior

2.1.1 Será garantido o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.2 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou

descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 320,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 com Coparticipação “RC”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.23 HO QP COP RM RC

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496010236

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

Grade de Reembolso: 4

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Reembolso no Exterior

2.1.1 Será garantido o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.2 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade,

o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 500,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 com Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.23 HO QP COP RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496012232

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 5

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 500,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Mais com Coparticipação

**Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial
Segmentação Hospitalar com Obstetrícia**

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Especial Mais PME/Empresarial Trad.23 HO QP COP RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496502237

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 6

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial Mais na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade,

o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 500,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo com Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.23 HO QP COP RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496016235

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 7

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 570,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo com Coparticipação “RM R2”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.23 HO QP COP RM R2

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496018231

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 8

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 570,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo com Coparticipação “RM R3”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.23 HO QP COP RM R3

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495997233

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

Grade de Reembolso: 9

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21.3.1, respectivamente, itens ‘a’ e ‘b’, das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

4.3 Iniciativa Futura Mamãe - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.

5.2 Tabela de Coparticipação

Eventos	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 570,00*

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome Comercial do Plano na ANS: Prestige Empresarial/PME HO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 488492212

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Tradicional: Procedimentos Cobertos

Grade de Reembolso: 10

2. Reembolso Tradicional

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de todos os procedimentos cobertos pelo contrato, em consonância com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, conforme definição da cláusula 21.3.2 das Condições Gerais.

2.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso dos procedimentos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela de Reembolso SulAmérica – TRS.

2.1.1 O reembolso dos procedimentos cobertos, comprovadamente pagos, realizados no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Benefícios – Caderno de Benefícios

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o(s) benefício(s) relacionado(s) abaixo, o(s) qual(is) está(ão) detalhado (s) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar o(s) benefício(s) a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

- 4.1 Transplantes de órgãos** - conforme descrito no item 1 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.2 Consulta ao Viajante** - conforme descrito no item 2 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.3 Motorista Amigo da Saúde** - conforme descrito no item 3 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.4 Remoção Especial** - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.5 Coleta Domiciliar de Exames** - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.6 Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.
- 4.7 Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.7.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias. Após emissão da apólice não poderá haver alteração no período definido.

- 4.8 Iniciativa Futura Mamãe** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação

- 5.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais.**

5.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual /Valor*
Atendimento Pronto Socorro	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R\$ 700,00

(*) O valor será reajustado conforme descrito nas Condições Gerais

- 6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

ANEXO III**Caderno de Benefícios**

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionados(s) abaixo, o(s) qual(is) varia(am) de acordo com o plano contratado.

Tais benefícios, ofertados por liberalidade, poderão ser alterados a qualquer tempo, em relação à quantidade, limite financeiro, abrangência e demais condições e/ou descontinuados, hipótese em que a Estipulante poderá ser comunicada com 30 (trinta) dias de antecedência. Os benefícios disponíveis deverão ser consultados antes da realização do evento.

1. Transplantes de órgãos**Transplantes de órgãos exclusivamente em rede parceira do plano contratado**

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

- a)** Despesas assistenciais com doador vivo;
- b)** Medicamentos utilizados durante a internação;
- c)** Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d)** Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

1.1 O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.**2. Consulta ao Viajante**

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

3. Motorista Amigo da Saúde

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

4. Remoção Especial

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

5. Coleta Domiciliar de Exames

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

6. Assistência Viagem Nacional

A SulAmérica Saúde coloca à disposição dos Segurados residentes no Brasil, os serviços descritos abaixo para auxílio em situações ocorridas fora do município de seu domicílio.

6.1 Serviços de Assistência Viagem Nacional

Os serviços de assistência deverão ser sempre providenciados pela Empresa Prestadora de Serviços. Para isso, o segurado deverá ligar para a Central de Atendimento disponível 24 horas por dia, pelos telefones indicados no Guia Prático do Segurado. Os serviços disponíveis estão relacionados a seguir:

a) Remoção Médica

Se em caso de doença súbita ou acidente, após os primeiros socorros terem sido prestados, for verificada a necessidade de remoção para hospital melhor equipado ou, após alta médica para residência do segurado, a Empresa Prestadora de Serviços organizará os contatos entre sua Equipe Médica e o estabelecimento hospitalar em que o Segurado estiver para realizar a remoção.

Nenhum outro motivo, que não o da estrita necessidade médica poderá determinar a remoção do Segurado, bem como a escolha do meio de transporte. A remoção terá início após o recebimento da liberação formal e por escrito do médico responsável ou do serviço hospitalar do local onde o Segurado estiver hospitalizado.

Se a decisão médica for remover o Segurado para hospital melhor equipado, a Empresa Prestadora de Serviços contratará e assumirá as despesas com o traslado até o estabelecimento de saúde mais próximo, com infraestrutura adequada, cabendo ao familiar ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade de vaga no hospital de destino.

A remoção do Segurado será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que prestou os primeiros socorros. O trajeto até o hospital de destino, não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e o município de residência do Segurado Titular.

A decisão sobre a necessidade de repatriação para o seu domicílio ficará a critério exclusivo da Equipe Médica em consonância com parecer do médico assistente do Segurado.

b) Hospedagem após alta hospitalar

Se, em caso de doença ou acidente, e imediatamente após a alta hospitalar, for recomendada a permanência do Segurado na cidade de hospitalização, por razões estritamente médicas, motivando alteração da data de retorno de sua viagem, a Empresa Prestadora de Serviços providenciará hospedagem por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis. A recomendação deverá ser justificada através de relatório do médico responsável e confirmada pela Equipe Médica da Empresa Prestadora de Serviços.

O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, adaptações nos cômodos, equipamento de *home care*, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100,00 (cem reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Empresa Prestadora de Serviços.

c) Visita ao cliente Hospitalizado – Transporte e Hospedagem

Caso o Segurado fique hospitalizado por doença ou acidente, por período superior a 7 (sete) dias e encontre-se sozinho, vindo a necessitar de acompanhante, será fornecido transporte de ida e volta, por meio à escolha da Empresa Prestadora de Serviços, para que uma pessoa indicada pelo Segurado, que resida e se encontre no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização.

A Empresa Prestadora de Serviços assumirá os gastos com a hospedagem desse acompanhante por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis, iniciando após o 7º (sétimo) dia de hospitalização do assistido. O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Empresa Prestadora de Serviços.

d) Garantia de Viagem de Regresso

Se, em caso de doença ou acidente em viagem e por razões estritamente médicas, o Segurado for obrigado a alterar a data de retorno de sua viagem, possuindo bilhete aéreo com data ou limitação de regresso, a Empresa Prestadora de Serviços garantirá o pagamento de eventuais diferenças tarifárias existentes entre a passagem paga e o valor da passagem em classe econômica para o voo remarcado.

O pagamento será efetuado ao Segurado, mediante comprovante de pagamento à empresa aérea e apresentação de laudo médico comprovando a impossibilidade de embarque na data prevista anteriormente.

Caso o segurado necessite e seja possível, a Empresa Prestadora de Serviços poderá providenciar a remarcação do voo, arcando diretamente junto à companhia aérea com as despesas de remarcação.

e) Retorno de acompanhante em caso de falecimento do Segurado

Em caso de morte do Segurado durante a viagem, e se houverem acompanhantes viajando junto com o Segurado que necessitem antecipar ou postergar seu retorno, a Empresa Prestadora de Serviços organizará e garantirá o transporte de retorno de até 04 (quatro) acompanhantes, ao domicílio do Segurado, podendo ser fornecido táxi, ônibus ou avião de classe econômica, a critério da Empresa Prestadora de Serviços.

f) Retorno antecipado do Segurado por falecimento de familiar ou cônjuge

Caso ocorra a morte de pais, filhos, irmãos ou do cônjuge do Segurado durante a sua viagem, e este necessite antecipar seu retorno, a Empresa Prestadora de Serviço garantirá o pagamento de eventuais diferenças tarifárias existentes entre a passagem paga e o valor da passagem em classe econômica para o voo remarcado.

g) Repatriação Funerária

Em caso de morte do segurado durante a viagem, a Empresa Prestadora de Serviços se encarregará de todas as formalidades no local de falecimento, necessárias e adequadas ao retorno do corpo, transportando-o em esquife standard até o município de domicílio ou trecho de distância equivalente.

Não estão cobertas as despesas relativas ao funeral e enterro.

h) Serviços de localização de bagagens

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

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

i) Motorista Substituto

Caso o Segurado fique impossibilitado de dirigir em razão de doença ou acidente pessoal, segundo recomendação médica, e não haja acompanhante que possa fazê-lo, a Empresa Prestadora de Serviços providenciará um motorista para conduzir o veículo ao seu domicílio.

Esse serviço será prestado somente se o veículo do Segurado estiver em condições de trafegar, conforme exigências das normas oficiais de trânsito.

A Empresa Prestadora de Serviços arcará apenas a remuneração do motorista. Não estão incluídas despesas como combustível e pedágio.

Este serviço estará disponível apenas para veículos de passeio, não se aplicando a veículos de carga, táxis, vans, *pick-up*, utilitários, ônibus, motos e veículos adaptados para deficientes.

6.2 Exclusões dos Serviços de Assistência Viagem Nacional

6.2.1 Não estão garantidas na Assistência Viagem Nacional, a prestação de serviços que não tenham sido previamente solicitadas por intermédio da Empresa Prestadora de Serviços ou que tenham sido executadas sem o seu acordo, exceto em caso de força maior ou impossibilidade material demonstrada.

6.2.2 A Empresa Prestadora de Serviços não será responsável pelo pagamento dos gastos do Segurado relativos à, ou consequentes de:

- a)** Despesas médicas, hospitalares, odontológicas e farmacêuticas de qualquer natureza, tanto para diagnóstico quanto para tratamento.
- b)** Acontecimentos causados por dolo do Segurado, ou provocados intencionalmente pelo Segurado em si mesmo, ou ainda em consequência de suicídio consumado ou frustrado;

- c) Danos sofridos ou causados pelo Segurado em consequência de demência ou quando se encontre sob influência da ingestão de álcool, nos termos da legislação local sobre condução de automóvel, ou ainda quando tenha ingerido drogas ou substâncias estupefacientes sem prescrição médica;
- d) Danos sofridos ou causados pelo Segurado quando à direção de um veículo, sem a devida habilitação;
- e) Danos sofridos em consequência de acontecimentos de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo, sabotagem, greves, tumultos e perturbações da ordem pública;
- f) Danos sofridos em consequência direta ou indireta da desintegração ou fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas ou radioatividade, bem como casos de força maior;
- g) Danos sofridos em consequência da prática de desportos de competição, bem como nos treinos para competição e apostas;
- h) Prática de desportos de alto risco, incluindo, mas não limitados a: motociclismo, asa delta, paraquedismo, paraglider, balonismo, kart, "rachas" ou "pegas" de carros e esportes de inverno fora das pistas regulamentares autorizadas;
- i) Todos os gastos ocasionados com problemas relacionados a gravidez, exames pré-natais e o parto e ainda qualquer tipo de check-up médico em geral, inclusive o simples controle de pressão arterial;
- j) Gastos com funeral, urna ou cerimônia fúnebre;
- k) Danos sofridos em consequência de tremores de terra, erupções vulcânicas, inundações ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;
- l) Despesas com óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas, órteses e próteses em geral, de caráter definitivo ou provisório;
- m) Doenças crônicas ou preexistentes tais como, doenças coronarianas, tuberculose e todas as complicações consequentes;
- n) Qualquer tipo de doença mental (quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica);
- o) Salvamento em mar, montanhas e zonas desérticas;
- p) Assistências em consequência de um acidente de trabalho;

- q) Remoção em avião UTI ou Companhia Aérea regular, caso o Segurado possa ser tratado localmente e não haja impedimento em seguir viagem;
- r) Despesas decorrentes de epidemias ou pandemias.

6.3 Territorialidade

- 6.3.1** Os serviços de assistência viagem nacional mencionados neste caderno são válidos somente no Brasil.
- 6.3.2** Os serviços previstos não são aplicáveis nos locais em que, por motivos de força maior e não imputáveis à Empresa Prestadora de Serviços, se torne impossível a sua execução.

6.4 Limitação dos Serviços de Assistência Viagem Nacional

- 6.4.1** Exceto na ocorrência de situações que coloquem a vida em risco, o segurado somente poderá utilizar os serviços de assistência com a prévia autorização da Empresa Prestadora de Serviços.
- 6.4.2** Na hipótese da impossibilidade de comunicação prévia, assim que possível, deverá informar a Central de Atendimento da Empresa Prestadora de Serviços para o devido registro da ocorrência.
- 6.4.3** Os serviços de assistência acima expostos não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do Segurado, ou por outrem que vier a requerer a assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento da Empresa Prestadora de Serviços. São dados imprescindíveis ao atendimento: nome, CPF, endereço, qual a assistência desejada, sem prejuízo de outros que sejam considerados necessários conforme a natureza do caso.

6.5 Ocorrências e Pedidos de Assistência Viagem Nacional

- 6.5.1** Não estão cobertas quaisquer ocorrências que não tenham sido previamente informadas a Central de Atendimento da Empresa Prestadora de Serviços, na forma deste item.
- 6.5.2** Em caso de necessidade de utilização de qualquer dos serviços da assistência a viagem nacional discriminados, antes de tomar qualquer medida, o Segurado deve:
 - a) Entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento da Empresa Prestadora de Serviços, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a localização dos prestadores de serviço da assistência solicitada;
 - b) Informar corretamente e com clareza, todos os dados pessoais que possam identificá-lo;
 - c) Seguir as instruções da Empresa Prestadora de Serviços e tomar as medidas necessárias e possíveis para restringir os efeitos da ocorrência ou impedir o agravamento de suas consequências;

- d) Satisfazer, sempre que necessário, os pedidos de informação solicitados pela Empresa Prestadora de Serviços e remeter-lhe prontamente todos os avisos, originais de convocações ou citações que receber, para o cumprimento das formalidades necessárias;
- e) Cooperar com a Empresa Prestadora de Serviços a fim de possibilitar que esta recupere os pagamentos que realizar, junto a terceiros responsáveis pelas ocorrências notificadas. Para tanto, o Segurado deverá recolher e colocar à disposição da Empresa Prestadora de Serviços os elementos relevantes para a caracterização da responsabilidade dos terceiros, bem como remeter à mesma os documentos e recibos originais.
- f) Nas cidades onde não houver infraestrutura de profissionais adequada para a prestação dos serviços aqui previstos, o Segurado ou seus familiares poderá organizá-los, desde que a Empresa Prestadora de Serviços tenha sido previamente informada a fim de autorizar tal procedimento, o que será confirmado através do contato telefônico. O Segurado deverá comunicar-se com a Empresa Prestadora de Serviços antes de deixar o local do atendimento, quando se tratar de emergência que impossibilite o prévio contato.

6.6 Sub-rogação

6.6.1 Sempre que a Empresa Prestadora de Serviços adquirir passagens para que o Segurado possa retornar a seu domicílio, ficará sub-rogada nos direitos do mesmo junto às empresas aéreas, agentes e operadores turísticos, para o fim de usar, negociar ou compensar as passagens originalmente emitidas e que não puderam ser utilizadas.

6.6.2 A Empresa Prestadora de Serviços ficará ainda sub-rogada nos correspondentes direitos do Segurado, até o limite do valor pago ou reembolsado da assistência a viagem nacional, contra aqueles que por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

7. Seguro Viagem Internacional

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

7.1 O Seguro Viagem tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao(s) seu(s) Dependente(s), conforme o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Evento Coberto ocorrido durante o Período de Cobertura, ou ainda a prestação de serviços observadas as condições e exclusões previstas no Guia do Segurado emitido por ocasião da apólice.

7.2 Abaixo breve descrição acerca do Seguro Viagem Individual. As coberturas, riscos excluídos, e demais características constam no Guia do Segurado que está

disponível no Portal SulAmérica Saúde, que contém informações de forma clara e prática para consulta dos Segurados:

7.3 Coberturas Garantidas

A seguir estão relacionadas todas as coberturas garantidas bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional

7.3.1 As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

- a)** Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- b)** Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c)** Despesas farmacêuticas;
- d)** Despesas Jurídicas;
- e)** Funeral;
- f)** Hospedagem de acompanhante;
- g)** Interrupção de viagem;
- h)** Prorrogação de estadia;
- i)** Retorno de acompanhantes;
- j)** Retorno de menores;
- k)** Retorno do segurado;
- l)** Regresso sanitário;
- m)** Traslado de corpo;
- n)** Traslado médico.

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

7.4 Poderão ser oferecidos os demais serviços:

a) Localização de Bagagem:

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

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

b) Transmissão de Mensagens Urgentes:

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

c) Orientação em Caso de Perda de Documentos:

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

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

7.5 Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser emitida no Brasil pelo próprio Segurado com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque.

7.5.1 Para a emissão da apólice, o Segurado deverá acessar o site www.sulamerica.com.br, fazer o seu login, clicar na aba 'Meu plano', em seguida no item 'Seguro Viagem'/Emitir apólice'.

7.5.1.1 Não será admitida, em hipótese alguma, a emissão de apólice em data posterior à data do embarque.

7.5.1.2 Uma vez emitida a apólice, não será permitida qualquer alteração.

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

8. Programa Futura Mamãe

É uma iniciativa do SulAmérica Saúde Ativa, que tem como objetivo orientar a gestante quanto aos cuidados necessários com a alimentação, atividade física, saúde em geral, parto e os cuidados após o nascimento do bebê.

8.1 A Segurada poderá aderir ao programa Futura Mamãe com tempo de gestação até 30 (trinta) semanas e permanecerá até o 6º (sexto) mês de vida do bebê.

8.2 Modelo do Cuidado se dará de acordo com o descrito a seguir

a) Ligações Telefônicas Ativas

b) E-mails enviados conforme régua de interação

c) SMS ativo e responsivo

d) Visita domiciliar ou contato via web

e) Comunicação e acompanhamento via chat

f) Palestras e oficinas sobre cuidados com o bebê e amamentação, entre outros.

8.3 As coberturas assistenciais previstas neste contrato ocorridas no âmbito do programa Futura Mamãe serão consideradas como despesas médicas e comporão o cálculo de sinistro, conforme descrito na Cláusula de Reajuste.

- 8.4** A adesão da Segurada deverá ser realizada até a 30ª semana de gestação no SulAmérica Saúde Ativa através do endereço eletrônico www.sulamericasaudeativa.com.br/iniciativa/futura-mamae