SulAmérica Saúde PME
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Condições Gerais
03 a 29 vidas

Vigência Janeiro 2025

ANS – nº 006246

Contrato nº 0058.0042.6097

Índice

SulAmérica Saúde PME

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Seguradora 7
2. Qualificação do Contratante 7
3. Objeto do Contrato 7
4. Natureza do Contrato 7
5. Tipo de Contratação 8
6. Tipo de Segmentação Assistencial 8
7. Área Geográfica de Abrangência 8
8. Formação do Preço 8
9. Benefícios Adicionais 8
10. Planos de Seguro 8
11. Contratação do Seguro 11
12. Inclusão de segurados 13
13. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados 14
14. Formas de Inclusão 15
15. Coberturas e Procedimentos Garantidos 16
16. Exclusões de Cobertura 27
17. Vigência e Condições de Renovação Automática 30
18. Carência 30
19. Doenças e Lesões Preexistentes 31
20. Atendimentos de Urgência e Emergência 33
21. Reembolso Modular 35
22. Rede Referenciada 42
23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP 43
24. Divergências Médicas 44
25. Coparticipação 45
26. Prêmio Mensal 46
27. Reajuste do Prêmio do Seguro 48
28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária 52
29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados 53

30. Exclusão do Segurado 60
31. Cancelamento do Contrato 62
32. Responsabilidades do Estipulante 65
33. MECSAS; Movimentação Eletrônica de Cadastro 69
34. Proteção de Dados Pessoais 75
35. Glossário 80
36. Disposições Gerais 83
37. Foro 85

ANEXO I - CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DOS PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO

Direto Aracaju Quarto Coletivo (C) 87
Direto Aracaju Apartamento (C) 89
Direto Aracaju Quarto Coletivo (F) 91
Direto Aracaju Apartamento (F) 93
Direto BSB Quarto Coletivo (C) 95
Direto BSB Apartamento (C) 97
Direto BSB Quarto Coletivo (F) 99
Direto BSB Apartamento (F) 101
Direto Salvador Quarto Coletivo (C) 103
Direto Salvador Apartamento (C) 105
Direto Salvador Quarto Coletivo (F) 107
Direto Salvador Apartamento (F) 109
Direto Nacional Quarto Coletivo (C) 111
Direto Nacional Apartamento (C) 112
Direto Nacional Quarto Coletivo (F) 113
Direto Nacional Apartamento (F) 114
Exato Quarto Coletivo (C) 115
Exato Apartamento (C) 116
Exato Quarto Coletivo (F) 117
Exato Apartamento (F) 118
Clássico Quarto Coletivo (C) 119
Clássico Quarto Coletivo (F) 121
Clássico Vital Quarto Coletivo (C) 123

Clássico Vital Quarto Coletivo (F) 125
Clássico 100 Quarto Coletivo (C) 127
Clássico 100 Quarto Coletivo (F) 129
Especial Vital Apartamento (C) 131
Especial Vital Apartamento (F) 133
Especial 100 (RC) (C) 135
Especial 100 (RC) (F) 137
Especial 100 (RM R1) (C) 139
Especial 100 (RM R1) (F) 141
Especial Mais (C) 143
Especial Mais (F) 145
Executivo (RM R1) (C) 147
Executivo (RM R1) (F) 149
Executivo (RM R2) (C) 151
Executivo (RM R2) (F) 153
Executivo (RM R3) (C) 155
Executivo (RM R3) (F) 157
Prestige (C) 159
Prestige (F) 162

ANEXO II - CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DOS PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO

Direto Aracaju Quarto Coletivo (C) 166
Direto Aracaju Apartamento (C) 168
Direto Aracaju Quarto Coletivo (F) 170
Direto Aracaju Apartamento (F) 172
Direto BSB Quarto Coletivo (C) 174
Direto BSB Apartamento (C) 176
Direto BSB Quarto Coletivo (F) 178
Direto BSB Apartamento (F) 180
Direto Salvador Quarto Coletivo (C) 182
Direto Salvador Apartamento (C) 184
Direto Salvador Quarto Coletivo (F) 186
Direto Salvador Apartamento (F) 188

Direto Nacional Quarto Coletivo (C) 190
Direto Nacional Apartamento (C) 192
Direto Nacional Quarto Coletivo (F) 194
Direto Nacional Apartamento (F) 196
Exato Quarto Coletivo (C) 198
Exato Apartamento (C) 200
Exato Quarto Coletivo (F) 202
Exato Apartamento (F) 204
Clássico Quarto Coletivo (C) 206
Clássico Quarto Coletivo (F) 208
Clássico Vital Quarto Coletivo (C) 210
Clássico Vital Quarto Coletivo (F) 212
Clássico 100 Quarto Coletivo (C) 214
Clássico 100 Quarto Coletivo (F) 216
Especial Vital Apartamento (C) 218
Especial Vital Apartamento (F) 220
Especial 100 (RC) (C) 222
Especial 100 (RC) (F) 224
Especial 100 (RM R1) (C) 226
Especial 100 (RM R1) (F) 228
Especial Mais (C) 230
Especial Mais (F) 233
Executivo (RM R1) (C) 236
Executivo (RM R1) (F) 238
Executivo (RM R2) (C) 240
Executivo (RM R2) (F) 242
Executivo (RM R3) (C) 244
Executivo (RM R3) (F) 246
Prestige (C) 248
Prestige (F) 251

ANEXO III – CADERNO DE BENEFÍCIOS

1. Escleroterapia 254
2. Consulta domiciliar 254

3. Cirurgia Refrativa sem limite de grau 254
4. Check-Up 254
5. Vacinas 254
6. Consulta ao Viajante 254
7. Transplantes de órgãos 254
8. Motorista Amigo da Saúde 255
9. Remoção Especial 255
10. Coleta Domiciliar de Exames 255
11. Concierge 255
12. Assistência Viagem Nacional 256
13. Seguro Viagem Internacional 262
14. Atendimento de urgência e emergência fora da região contratratada 264

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Condições Gerais

SulAmérica Saúde PME

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Seguradora

Sul América Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o 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 Estipulante

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

3.1 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 como “reembolso modular”, aplicável a determinado (s) procedimento (s) ou grupo de procedimento (s), sendo: (i) consultas médicas eletivas; (ii) consultas médicas de urgência e emergência; (iii) ou 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 nº 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, vigente à época do evento, na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.**

7. Área Geográfica de Abrangência

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

8. Formação do Preço

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

9. Benefícios Adicionais

Além das coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente 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 dos Planos SulAmérica Saúde PME, que é parte integrante deste contrato na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

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

10.3 Transferência de Planos

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

10.3.1 A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior, somente poderá ocorrer de acordo com as opções descritas nas cláusulas 10.4.1 – Sem Coparticipação e 10.4.2 – Com Coparticipação, nas

formas descritas nas cláusulas 10.4.3 e 10.4.4 quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

10.4 Opção de Transferência para plano imediatamente superior

10.4.1 Planos Sem Coparticipação

De	Para
Direto Aracaju Quarto Coletivo	Direto Aracaju Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto Aracaju Apartamento	Exato Apartamento
Direto BSB Quarto Coletivo Direto BSB Apartamento	Direto BSB Apartamento ou Exato Quarto Coletivo Exato Apartamento
Direto Salvador Quarto Coletivo	Direto SP II Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto Salvador Apartamento	Exato Apartamento
Direto Nacional Quarto Coletivo	Direto Nacional Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto Nacional Apartamento	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento Clássico Vital Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Clássico Vital Quarto Coletivo
Clássico Vital Quarto Coletivo	Clássico 100 Quarto Coletivo Especial Vital Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Vital Quarto Coletivo Clássico 100 Quarto Coletivo Especial Vital Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Clássico 100 Quarto Coletivo	Especial Vital Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Especial Vital	Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)	Especial Mais
Especial Mais	Executivo RM (R1, R2, R3)
Executivo RM (R1, R2, R3)	Prestige

10.4.2 Planos Com Coparticipação

De	Para
Direto Aracaju Quarto Coletivo COP	Direto Aracaju Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto Aracaju Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto BSB Quarto Coletivo COP	Direto BSB Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto BSB Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto Salvador Quarto Coletivo COP	Direto Salvador Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto Salvador Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto Nacional Quarto Coletivo COP	Direto Nacional Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto Nacional Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento Clássico Vital Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Clássico Vital Quarto Coletivo
Clássico Vital Quarto Coletivo	Clássico 100 Quarto Coletivo Especial Vital Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Vital Quarto Coletivo Clássico 100 Quarto Coletivo Especial Vital Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Clássico 100 Quarto Coletivo	Especial Vital Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Especial Vital	Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Especial 100 COP (RC) Especial 100 COP (RM R1)	Especial Mais
Especial Mais COP	Executivo COP RM (R1, R2, R3) Prestige COP
Executivo COP RM (R1, R2, R3)	Prestige COP

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

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

10.4.5 Não será permitida a transferência de Segurado de qualquer um dos planos constantes na cláusula 10.4.1 para qualquer um dos planos previstos na cláusula 10.4.2.

11. Contratação do Seguro

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

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

a) os sócios da pessoa jurídica contratante;

b) os administradores da pessoa jurídica contratante;

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

d) estagiários e menores aprendizes;

11.2.1 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), filhos naturais ou adotivos solteiros com até 44 (quarenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade, 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 e a permanência do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Segurado Titular.

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

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

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

11.6.1 A documentação deverá ser entregue na Seguradora em até 72 (setenta e duas) horas da data da transmissão da Proposta de Seguro no sistema

Cotador SulAmérica Saúde, devidamente assinada e acompanhada de todos os documentos obrigatórios.

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

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

"Art 766
Parágrafo único. "Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio".

11.8 Contratação do Seguro por Empresário Individual.
Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa - RN nº 557/2022 , 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:

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

11.8.2 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;

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

11.9 Modalidades de Contratação
O Estipulante optará por uma das modalidades de contratação descritas abaixo, por meio de indicação na PROPOSTA DE SEGURO:

11.9.1 MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO COMPULSÓRIA
É aquela que implica na contratação do seguro saúde para 100% (cem por cento) da população vinculada à Pessoa Jurídica Contratante por

relação empregatícia ou estatutária ou 100% (cem por cento) de uma determinada categoria profissional, desde que atendido o vínculo de elegibilidade constante na cláusula 11.2 deste contrato. A inclusão ou não do grupo familiar deverá ser indicada na Proposta de Seguro.

11.9.1.1 A Contratação Compulsória deverá ser observada durante toda a vigência do contrato, abrangendo, também, as pessoas que vierem a estar vinculadas à Pessoa Jurídica Contratante após a contratação do plano.

11.9.2 MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO FLEX

É aquela que implica na contratação do seguro saúde para livre adesão da população vinculada à Pessoa Jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, desde que atendido o vínculo de elegibilidade constante na cláusula 11.2 deste contrato. A inclusão ou não do grupo familiar deverá ser indicada na Proposta de Seguro.

12. Inclusão de Segurados

12.1 O Segurado titular e/ou seus dependente (s) deverá(ão) cumprir(ão) os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado, bem como estará(ão) sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, independentemente da data da inclusão no Contrato.

12.1.1 O Segurado titular e/ou seu (s) dependente (s) incluído (s) dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data do evento que caracterizou sua condição de proponente, terá (ão) como data de início de vigência a mesma data de vigência do Contrato ou a data do evento que caracterizou sua condição de proponente.

12.1.2 O Segurado titular e/ou seu (s) dependente (s) incluído (s) após o prazo de 30 (trinta) dias contados da data de vigência do contrato ou da data do evento que caracterizou sua condição de proponente, terá (ão) como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do Contrato no mês subsequente a sua inclusão.

12.2 O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para lesões e doenças preexistentes, desde que o Segurado Titular tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nestas Condições Gerais. Caso o Segurado Titular esteja cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta dias), a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo seu (sua) pai/mãe, e estará isento da cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, bem como na hipótese de inclusão do recém-nascido após 30 (trinta) dias da data do seu nascimento, aplicar-se-á as regras de carências estabelecidas nestas Condições Gerais e o dependente estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária.

12.3 O filho do Segurado Titular menor de 12 (doze) anos de idade, sendo: adotivo e/ou cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, poderá (ão) ser incluído (s) no Contrato com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado titular adotante e/ou Segurado Titular pai, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela, hipótese em que estará (ão) isento (s) de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes. Caso a inclusão ocorra após 30 (trinta) dias da data da adoção, guarda ou tutela, ou do reconhecimento da paternidade, o (s) dependente (s) deverá (ão) cumprir as carências estabelecidas nestas Condições Gerais e estará (ão) sujeito à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;

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

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

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

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

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

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

h) Contas de consumo que comprovem o endereço da Estipulante;

i) 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;

j) 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 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 Ambulatorial e 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 das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observando-se as seguintes definições:

a) planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

b) concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e) aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

f) atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção..

15.1.5 A cobertura aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

15.1.5.1 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.

15.1.5.2 As lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por portadores de 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 Os 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 peritonial, 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 nº566/2022, 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 Ambulatorial

Compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, e demais itens descritos a seguir.

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

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

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

15.2.4 Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, de acordo com a indicação do médico assistente.

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

15.2.6 Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

15.2.7 Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema

15.2.8 Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao Segurado ou pela necessidade de internação.

.

15.2.9 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

15.2.10 Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

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

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

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

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

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

15.2.13 Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

15.2.14 Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

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

15.3 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, e os atendimentos ambulatoriais definidos na cláusula 15.3.12, e todos os itens descritos a seguir.

15.3.1 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.

15.3.1.1 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.

15.3.1.2 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.

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

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

15.3.3.1 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.

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

15.3.5 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de

quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS vigente à época do evento.

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

15.3.7 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.

15.3.7.1 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.

15.3.7.2 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.

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

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

Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

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

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas 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.

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

15.3.10 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.

15.3.10.1 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

15.3.11 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.

15.3.12 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, conforme cláusula 15.2.11 e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral conforme cláusula 15.2.12 destas condições gerais;

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;

15.3.13 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.

15.3.13.1 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.

15.3.13.2 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.

15.3.13.3 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.

15.3.13.4 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.

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

15.3.15 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**

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

amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

15.4 Cobertura Obstétrica

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

15.4.1 Procedimentos relativos ao pré-natal, 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.

15.4.1.1 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.

15.4.2 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.

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

15.4.3 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 obstetriz habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

15.5 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.

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

a) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado

dentro da área de atuação do plano para um Hospital referenciado do plano contratado;

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

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

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

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

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

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

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

16.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

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

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

16.8 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 antineoplásicos orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

16.15 Vacinas e autovacinas;

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 a 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 registrados no país, ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

16.22 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 Saúdeda 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 ou 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 Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

17. Vigência e Condições de Renovação Automática

17.1 O período mínimo de vigência deste seguro está expresso na proposta de seguro, que é parte integrante destas Condições Gerais, definido na ocasião da contratação.

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

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

18. Carência

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

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

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

18.1 Grupos de Carência

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

b) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais, raio x simples), ultrassonografias sem doppler em regime ambulatorial e acupuntura, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes e, se contemplados nos respectivos planos, aplicar-se-á às vacinas, consulta do viajante e *check-up*;

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 com doppler, tomografias computadorizadas, tilt tests, ressonância magnética, todos os procedimentos de radiologia intervencionistas, medicina nuclear), ecodopplercardiograma, holter cardíaco 24 horas, cateterismo cardíaco, angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, e as seguintes terapias: oxigenoterapia hiperbárica,

quimioterapia, radioterapia, esclerоterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias, e diálises , terapias com imunobiológicos e pulsoterapia, e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

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

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

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

g) Grupo de carência 6: 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para as terapias aqui descritas incluindo as especialidades, técnicas e métodos terapêuticos a elas relacionadas, desde que reconhecidos pelo respectivo conselho de classe e constantes no Rol da ANS vigente à época do evento: fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição.

19. Doenças e Lesões Preexistentes

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

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

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

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

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

relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. 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-C, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de morte 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 15.5 - 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, desde que o atendimento tenha ocorrido dentro da abrangência geográfica e na área de atuação deste Contrato. 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. Para estes casos serão aplicadas, no que couber, as regras e as condições de reembolso previstas na cláusula de Reembolso, abaixo.

20.9.1 Os documentos para a solicitação do reembolso de que trata a cláusula anterior deverão ser enviados para a SulAmérica por meio informado pela Central de Serviços SulAmérica Saúde.

21. REEMBOLSO MODULAR

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) e desde que realizados dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano. O reembolso modular será aplicável a determinado(s) procedimento(s) e/ou grupo de procedimento(s), sendo: (a) consultas médicas eletivas; (b) consultas médicas de urgência e emergência; ou (c) honorários médicos. Nas Características Essenciais dos Planos (Anexos I e II) estará indicado o modelo de reembolso e nas cláusulas seguintes as regras gerais e definição de tal modelo de reembolso. Os planos contratados nessa modalidade, **não preveem cobertura de 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 CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS
O Segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas de consultas médicas eletivas, as quais serão reembolsadas observados os limites e os critérios estabelecidos no plano contratado.

c) 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 SulAmérica Saúde, 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.

21.1 REGRAS DO REEMBOLSO

As regras de reembolso descritas a seguir são aplicáveis a todos os procedimentos reembolsáveis.

21.1.1 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 previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento, ou estejam previstas contratualmente;

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) o prestador dos serviços/atendimento utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados; e

e) o prestador utilizado pelo Segurado não seja referenciado da Seguradora ou, se referenciado, o serviço prestado não seja referenciado pela Seguradora.

21.1.1.1 Não obstante o constante na cláusula 21.1.1, para fins de prevenção de fraudes e nos termos da Resolução Normativa n° 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.

21.1.2 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.

21.1.3 Tabela SulAmérica Saúde

21.1.3.1 A Tabela SulAmérica Saúde consiste na relação de procedimentos médico-hospitalares com as correspondentes Unidades de Serviços que serão utilizadas como base para o cálculo do valor de reembolso das despesas reembolsáveis previstas neste contrato, e de acordo com o plano contratado.

21.1.3.2 A Tabela SulAmérica Saúde poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, além das coberturas adicionais que venham a ser contratadas.

21.1.3.3 A Tabela SulAmérica Saúde, de acordo com a segmentação contratada, está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, assim como está disponível a todos os Segurados na sede da Estipulante e na área logada do *website sulamerica.com.br/saudeonline*.

21.1.4 Para o cálculo de reembolso serão considerados:

21.1.4.1 Unidade de Serviço (US) - É o quantitativo definido para cada procedimento, conforme descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados na rede referenciada.

21.1.4.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.1 ou 3.1 – Múltiplo de Reembolso das Características Essenciais dos planos.

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

21.1.4.4 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8/1998, alterada pela CONSU nº 15/1999, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

21.1.4.5 O reajuste do valor da USR não está de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

21.1.4.6 O valor do reembolso será calculado em moeda corrente nacional, conforme fórmula abaixo:

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

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento reembolsável realizado de acordo com o plano contratado

** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

21.1.5 Múltiplo de Reembolso: Os Múltiplos de Reembolso estão especificados nas cláusulas 2.1 ou 3.1, a depender do plano contratado – Múltiplo de Reembolso das Características Essenciais dos planos.

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

21.1.7 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.

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

21.1.9 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.

21.1.10 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.

21.1.11 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.

21.1.12 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.

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

a) Cópia do cartão de identificação do beneficiário;

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 (CRP, CRFa, CRN, 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.

21.1.14 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).

21.1.15 Além dos recibos e notas fiscais, 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.

21.1.16 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 em 30 (trinta) dias a partir da entrega completa pelo Segurado à Seguradora das informações e dos documentos complementares.

21.1.17 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.

21.1.18 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 21.1.16.

21.1.19 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.

21.1.20 **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.

21.1.20.1 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.

21.1.20.2 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.

21.1.21 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.

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

21.1.23 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.

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

21.1.25 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.

21.1.26 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 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.

21.1.26.1 A 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.

21.1.27 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.

22.1.1 Os estabelecimentos hospitalares, bem como os profissionais médicos são classificados por especialidade médica, sendo clínica médica ou cirúrgica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.

22.2 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.

22.3 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.

22.4 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.

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

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

22.6 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 nº 9.656/98.

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

22.7 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.

22.8 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).

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

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

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

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

24. Divergências Médicas

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

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

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

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

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

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

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

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 26.6 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 ambulatorial

A coparticipação incidirá sobre os valores referentes à realização de consultas médicas, atendimento em pronto socorro, exames complementares, terapias e procedimentos ambulatoriais, bem como sobre todos os insumos decorrentes destes atendimentos, conforme estabelecidos na Tabela de Coparticipação PME “I” disponível para consulta no endereço eletrônico a seguir indicado: <https://sulamerica.com.br/saude/Tabela_de_Coparticipacao_PME_I.pdf>.

A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação pode sofrer alteração, a qualquer tempo, sem necessidade de aviso prévio por parte da Seguradora.

25.1.1 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, havendo valor limite de cobrança por evento. O valor limite por evento é o valor máximo que o Segurado titular ou dependente poderá ser cobrado a título de coparticipação que está definido nas Características Essenciais dos Planos com Coparticipação, na cláusula Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

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 em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

25.3 Os valores limites e fixo de coparticipação definidos em reais poderão ser reajustados sempre no mês de maio de cada ano, na forma prevista na cláusula 27.1.3.

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 Contrato é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26.11 O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 60 (sessenta) dias resultará no cancelamento do Contrato e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento**.**

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

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

27. Reajuste do Prêmio do Seguro

De acordo com a Resolução Normativa – RN 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, independentemente do plano contratado. O reajuste anual será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente. Os critérios para o cálculo do percentual de reajuste estão definidos nas cláusulas a seguir:

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

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

27.1.1 Apuração da quantidade de vidas

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

27.1.2 Cálculo do Percentual de Reajuste Único

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

27.1.3 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

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

27.1.3.2 Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será

multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

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

27.1.4 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

27.1.4.2 Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa - RN 565/2022, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 27.1.1.

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

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

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

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

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

Em que:

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

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

∑ **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.

27.1.5 Percentual de Reajuste Único - PRU

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

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

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

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

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

27.1.6 Aplicação do Percentual de Reajuste Único

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

27.1.7 Comunicação do Percentual de Reajuste Único

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

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

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

27.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

27.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

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

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

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

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

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

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

Em que:

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

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

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

0,65= Índice Máximo de Sinistralidade.

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

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

Em que:

R = Reajuste

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

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

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

28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

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

28.2 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 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 Percentual 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 nº 9.656/98.

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 9.656/98 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 9.656/98, 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 9.656/98, 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 9.656/98 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 9.656/98, 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.

29.2.8.2.4 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 nº 9.656, de 1998, como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

29.5 Comunicação ao Segurado

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

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

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

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

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

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

29.6 Responsabilidades do Estipulante

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

29.6.2 O Estipulante deverá informar à Seguradora, no ato da exclusão de qualquer Segurado, por meio de formulário os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 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, que trata do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;

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

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

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

29.6.2.1 A exclusão será aceita pela Seguradora, sendo de responsabilidade do Estipulante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Segurado, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 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 termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

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

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

b) Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;

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

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

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

29.8 Disposições Gerais

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

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

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

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

29.8.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 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 identificada a 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 previstas no contrato 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 do 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 Contrato

31.1 Cancelamento do Contrato 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 Contrato 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, nas seguintes situações:

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 3 (três) vidas;

c) Inadimplência superior a 60 (sessenta) dias;

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, fraudes comprovadas, indícios de fraudes ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.

f) 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.

31.3 Cancelamento do Contrato 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 31.3.1.1, abaixo. Excepcionalmente, quando o cancelamento ocorrer em razão do disposto no item f, da cláusula 31.2.1, não haverá cobrança de prêmio complementar.

31.3.1.1 O valor do prêmio complementar, será equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas emitidas nos últimos 12 (doze) meses, acrescida das 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 a 3 (três) vezes ao valor da média das faturas emitidas durante o período em que o contrato esteve ativo, acrescida das média dos boletos emitidos aos demitidos/aposentados vinculados ao contrato no mesmo período.

31.3.2 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 Contrato durante o período inicial de vigência, o qual será calculado de acordo com os critérios estabelecidos na cláusula 31.3.1.1, sendo devido, ainda, eventuais prêmios vencidos

31.3.3 O pagamento da fatura correspondente ao prêmio complementar, deverá ocorrer até a data de vencimento indicada na fatura, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa, juros e correção monetária, conforme previsto na cláusula de Prêmio Mensal.

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 ne 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. Responsabilidades do Estipulante

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. 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.

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

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

33.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

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

33.2.2 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) Atualização de Dados Cadastrais;

g) Alteração de Dados Bancários;

h) Alteração de Plano;

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

j) Transferência de Empresas;

k) Reabertura de Matrícula;

l) Correção de CPF.

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

33.2.3 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.

33.3 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.

33.4 Direitos do Autor

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

33.4.2 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.

33.4.3 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.

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

33.5 Garantias e responsabilidades

33.5.1 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.

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

33.5.3 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.

33.5.4 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.

33.5.5 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.

33.5.6 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.

33.5.7 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.

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

33.5.9 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.

33.5.10 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.

33.5.11 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.

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

33.5.13 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.

33.5.14 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 segurado à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, a Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus segurados.

33.5.15 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.

33.5.16 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.

33.6 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.

33.7 Elegibilidade

33.7.1 A ANS (Agencia 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 15º 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, pelo 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.

33.7.2 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 488/22, de 29 de março de 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.

33.7.3 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 33.7.4 do presente Termo.

33.7.4 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.

33.7.5 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.

33.8 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.

33.8.1 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 **33.2.2.**

33.8.2 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.

33.9 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.

33.10 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.

34. 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, respeitada esta cláusula conforme descrito a seguir que é parte integrante e indissociável destas Condições Gerais

34.1 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.

34.2 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.

34.3 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.

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

34.4.1 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.

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

34.4.3 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.

34.4.4 Dar conhecimento claro e expresso aos beneficiários do plano contratado, previamente a sua adesão ao plano e início de utilização, acerca das condições de custeio do plano por parte da ESTIPULANTE e, por consequência, do acesso a que terá aos dados pessoais e aos dados de utilização do plano.

34.4.4.1 A realização da comunicação supramencionada deverá dar ciência expressa aos titulares dos dados sobre o início do tratamento de seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, incluindo os dados dos dependentes dos beneficiários titulares,

bem como sobre a possibilidade, uma vez realizada a adesão ao plano de saúde pelo beneficiário, de compartilhamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis pela SULAMÉRICA para a ESTIPULANTE, com a finalidade de gestão de benefícios empregatícios oferecidos pela ESTIPULANTE aos beneficiários e seus dependentes, nestes incluído o de assistência médica por empresa terceira.

34.5 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.

34.6 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.

34.6.1 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).

34.7 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.

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

34.7.2 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 denunciação da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

34.8 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.

34.8.1 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.

34.8.2 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 37.8.

34.8.3 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.

34.9 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.

34.9.1 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.

34.10 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.

34.10.1 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.

34.11 Ao término da relação entre as PARTES, os CONTROLADORES deverão eliminar, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos DADOS, em caráter definitivo 36 - 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.

34.12 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.

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

35. Glossário

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

35.2 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.

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

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

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

35.6 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.

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

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

35.9 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Garantia ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

35.10 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.

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

35.12 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.

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

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

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

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

35.17 Grupo Segurado
Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

35.18 Grupo Segurável
Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício mantido com o Estipulante. O vínculo mantido com o Estipulante

poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários, aprendizes e seus respectivos dependentes seguráveis, passível de aderir ao seguro.

35.19 Hospital-Dia

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

35.20 Internação Hospitalar

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

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

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

35.21 Leitos de Alta Tecnologia

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

35.22 Médico Assistente

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

35.23 Planos de Seguro

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

35.24 Prêmio

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

35.25 Procedimentos de Alta Complexidade

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

35.26 Proponente

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

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

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

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

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

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

b) Segurado Dependente
Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

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

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

35.33 Validação Prévia de Procedimentos - VPP
Registro formal na Seguradora do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

36. Disposições Finais

36.1 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.

36.2 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.

36.3 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.

36.4 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.

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

36.6 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.

36.7 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.

36.8 Qualquer alteração das cláusulas e condições deste Contrato somente será válida mediante formalização e assinatura de termo aditivo pelas partes.

36.9 As partes reconhecem que o presente Contrato está sujeito à execução específica, a teor do que dispõe o Código de Processo Civil Brasileiro.

36.10 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.

37. Foro

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

Anexo I
Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495508231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21.1, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplo de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Apartamento (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495512239

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QC F

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495509239

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplo de Reembolso: 2,0

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Apartamento (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495513237

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplo de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495484230

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Apartamento (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495488232

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QC F

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495485238

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Apartamento (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495489231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495538232

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Apartamento (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495542231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QC F

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495539231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Apartamento (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495543239

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496500231

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Apartamento (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496505231

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QC F RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496513232

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Apartamento (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QP F RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496507238

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495525231

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

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 Adicionais

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

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 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 (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495529233

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

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 12 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 Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495527237

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

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 12 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 (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495412232

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

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 12 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 (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495414239

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 12 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 (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495416235

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 12 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 Vital Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500861241

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico Vital o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 Vital 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 12 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 Vital Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Vital PME Trad.23 AHO QC F RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500867241

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico Vital o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 Vital 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 12 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 100 Quarto Coletivo (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500517245

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 100 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 12 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 100 Quarto Coletivo (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico 100 PME Trad.23 AHO QC F RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500521243

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 100 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 12 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 Vital (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial Vital PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM RC

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 500851244

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Vital o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 Vital 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Vital (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial Vital PME Trad.23 AHO QP F RM RC

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 500857243

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Vital o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas médicas cobertas, 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 Vital 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 (C)
"RC"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495535238

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 (F)
"RC"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495423238

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas cobertas, 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 (C)
"RM R1"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495425234

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas *	**Honorários Médicos**
4,0	2,0

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 (F)
"RM R1"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495426232

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
4,0	2,0

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos

cobertas, 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Mais (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496503235

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas *	**Honorários Médicos**
7,35	2,0

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas 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 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 ***Check-Up*** - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 **Vacinas** - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima, :

a) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de início de vigência do segurado para vacinas, e *check-up*.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Mais (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496504233

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
7,35	2,0

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais o reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 ***Check-Up*** - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 **Vacinas** - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima, :

a) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de início de vigência do segurado para vacinas, e *check-up*.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo (C)
"RM R1"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP C RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495433235

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
11,12	5,30

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, 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 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo (F)
"RM R1"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP F RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495434233

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas *	**Honorários Médicos**
11,12	5,30

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e dos honorários médicos 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 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo (C)
" RM R2"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP C RM R2

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495437238

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
14,67	10,60

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, 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 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo (F)
“ RM R2”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP F RM R2

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495438236

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens ‘a’, ‘b’ e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
14,67	10,60

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas eletivas e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas eletivas e dos honorários médicos 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 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo (C)
"RM R3"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP C RM R3

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495441236

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
19,56	12,70

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, 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 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo (F)
"RM R3"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP F RM R3

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495442234

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c, das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
19,56	12,70

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das consultas médicas eletivas e dos honorários médicos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas e dos honorários médicos 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 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 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige PME Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495531235

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente, itens 'a', 'b' e 'c', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
22,23	15,00

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos cobertas, 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 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 Escleroterapia sem limite de sessão - conforme descrito no item 1 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Consulta domiciliar - conforme descrito no item 2 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 Cirurgia Refrativa - conforme descrito no item 3 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 *Check-Up* - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5 Vacinas - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5.1 Além das vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, também estão cobertas as vacinas extra calendário oficial do Ministério da Saúde a seguir descritas:

- Febre Tifóide
- Hepatite A Adulto
- Hepatite A+B Adulto/Pediátrica
- Vacina HEXAVALENTE: contra difteria, tétano, coqueluche acelular, Haemophilus influenza e b, Hepatite B, Poliomielite. (Penta + pólio)
- Vacina Pneumocócica 15-valente (PCV 15)
- Vacina Rotavírus Humano Pentavalente (VRH ROTA)
- Vacina Herpes Zoster
- Vacina Dengue DengVaxia
- Vacina Meningocócica B

4.5.2 As vacinas relacionadas acima se enquadram no conceito "**Vacinas do Viajante Sulamérica"** e poderão ser realizadas quando recomendadas ou exigidas para certos destinos no Brasil ou no exterior.

4.6 Consulta ao Viajante - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.7 Transplantes de órgãos - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.8 **Motorista Amigo da Saúde** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.9 **Remoção Especial** - conforme descrito no item 9 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.10 **Coleta Domiciliar de Exames** - conforme descrito no item 10 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.11 **Concierge** - conforme descrito no item 11 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.12 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13.1 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.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas, consulta ao viajante e *check-up*.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige PME Trad.23 AHO QP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495533231

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente, itens 'a', 'b' e 'c', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Honorários Médicos**
22,23	15,00

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das consultas médicas eletivas e honorários médicos cobertos, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde

2.2.1 O reembolso das consultas médicas eletivas e honorários médicos 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 Escleroterapia sem limite de sessão - conforme descrito no item 1 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Consulta domiciliar - conforme descrito no item 2 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 Cirurgia Refrativa - conforme descrito no item 3 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 *Check-Up* - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5 Vacinas – conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5.1 Além das vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, também estão cobertas as vacinas extra calendário oficial do Ministério da Saúde a seguir descritas:

- Febre Tifóide
- Hepatite A Adulto
- Hepatite A+B Adulto/Pediátrica
- Vacina HEXAVALENTE: contra difteria, tétano, coqueluche acelular, Haemophilus influenza e b, Hepatite B, Poliomielite. (Penta + pólio)
- Vacina Pneumocócica 15-valente (PCV 15)
- Vacina Rotavírus Humano Pentavalente (VRH ROTA)
- Vacina Herpes Zoster
- Vacina Dengue DengVaxia
- Vacina Meningocócica B

4.5.2 As vacinas relacionadas acima se enquadram no conceito "**Vacinas do Viajante Sulamérica"** e poderão ser realizadas quando recomendadas ou exigidas para certos destinos no Brasil ou no exterior.

4.6 Consulta ao Viajante - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.7 Transplantes de órgãos - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.8 **Motorista Amigo da Saúde** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.9 **Remoção Especial** - conforme descrito no item 9 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.10 **Coleta Domiciliar de Exames** - conforme descrito no item 10 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.11 **Concierge** - conforme descrito no item 11 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.12 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13.1 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.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas, consulta ao viajante e *check-up*.

6. 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

Direto Aracaju Quarto Coletivo com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495510232

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplo de Reembolso: 2.0

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.3 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Apartamento com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495514235

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Quarto Coletivo com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP F

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495511231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplo de Reembolso: 2.0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Apartamento com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495515233

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Lagarto, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Estância, Carmópolis, Laranjeiras, Maruim, Itaporanga d'ajuda, Rosário do Catete, Japaratuba, Santo Amaro das Brotas, Areia Branca, Pirambu, Riachuelo, Malhador, Siriri, General Maynard, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Quarto Coletivo com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495486236

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Apartamento com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495490234

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Quarto Coletivo com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP F

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495487234

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Apartamento com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto BSB PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495491232

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Águas Lindas de Goiás-GO, Brasília-DF, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO e Valparaíso de Goiás-GO.

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. 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.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Quarto Coletivo com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495540234

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefícios – Caderno de Benefícios

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

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Apartamento com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495544237

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefícios – Caderno de Benefícios

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

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Quarto Coletivo com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP F

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495541232

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefícios – Caderno de Benefícios

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

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Apartamento com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Salvador PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495545235

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Salvador, Lauro de Freitas, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Candeias, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Santo Amaro.

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefícios – Caderno de Benefícios

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

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - conforme descrito no item 14 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Quarto Coletivo

Com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496508236

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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

Direto Nacional Apartamento com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496509234

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Quarto Coletivo

Com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP F RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496510238

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Coparticipação – cláusula 25.2 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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

Direto Nacional Apartamento com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Nacional PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP F RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496511236

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação; Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

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

3. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, conforme detalhado na cláusula 21, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Coparticipação – cláusula 25.2 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 30,98
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 92,93
Exames complementares A	30%	R$ 51,63
Exames complementares B	30%	R$ 123,91
Terapias	30%	R$ 51,63
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 154,89
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 278,80

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 Quarto Coletivo com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495526239

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,0

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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495530237

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495528235

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,0

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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495413231

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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, 'a', das Condições Gerais.

2.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495415237

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495417233

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas das consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.2.1 O reembolso das despesas das consultas médicas eletivas cobertas, 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 Vital Quarto Coletivo com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Vital PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500862240

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico Vital o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 Vital 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 Vital Quarto Coletivo com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Vital PME Trad.23 AHO QC COP F RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500850246

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico Vital o reembolso das despesas das consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.2.1 O reembolso das despesas das consultas médicas eletivas cobertas, 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 Vital 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 100 Quarto Coletivo com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500518243

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico 100 o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 100 Quarto Coletivo com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico 100 PME Trad.23 AHO QC COP F RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 500522241

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 2,45

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico 100 o reembolso das despesas das consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.2.1 O reembolso das despesas das consultas médicas eletivas cobertas, 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 41,30
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 129,08
Exames complementares A	30%	R$ 61,96
Exames complementares B	30%	R$ 154,89
Terapias	30%	R$ 61,96
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 165,22
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 330,43

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 Vital com Coparticipação (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial Vital PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM RC

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 500852242

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Vital o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 Vital 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28
Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 Vital com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial Vital PME Trad.23 AHO QP COP F RM RC
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 500858241
Abrangência Geográfica: Nacional
Coparticipação: Sim
Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Vital o reembolso das despesas de consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas eletivas cobertas, 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 Vital 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28
Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (C)
"RC"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM RC
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495422230
Abrangência Geográfica: Nacional
Coparticipação: Sim
Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, e de consultas médicas eletivas, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência e de consultas médicas eletivas 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28
Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (F) "RC"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP F RM RC
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495424236
Abrangência Geográfica: Nacional
Coparticipação: Sim
Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência e consultas médicas eletivas, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a' e 'b' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso: 3,34

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas de consultas médicas eletivas cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas eletivas cobertas, 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28
Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (C) "RM R1"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495427231

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas Eletivas	Honorários Médicos
4,0	**2,0**

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28
Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 (F) "RM R1"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495428239

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
4,0	**2,0**

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e honorários médicos cobertos, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas médicas eletivas 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28
Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) Os valores iniciais serão reajustados 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 (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496506230

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas Eletivas	Honorários Médicos
7,35	**2,0**

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 ***Check-Up*** - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 **Vacinas** - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima, :

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de início de vigência do segurado para vacinas, e *check-up*.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28

Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Mais com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496512234

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
7,35	**2,0**

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais o reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e honorários médicos cobertos, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas médicas eletivas 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 ***Check-Up*** - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 **Vacinas** - conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima, :

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de início de vigência do segurado para vacinas, e *check-up*.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica.

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 77,45
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 144,56
Exames complementares A	30%	R$ 72,28

Exames complementares B	30%	R$ 175,54
Terapias	30%	R$ 72,28
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 206,52
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 516,30

(*) Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo com Coparticipação (C) RM R1

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP COP C RM R1
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495435231
Abrangência Geográfica: Nacional
Coparticipação: Sim
Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas Eletivas	Honorários Médicos
11,12	**5,30**

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 154,89
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 330,43
Exames complementares A	30%	R$ 82,61
Exames complementares B	30%	R$ 206,52
Terapias	30%	R$ 92,93
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 258,15
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 588,58

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (F) RM R1

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP COP F RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495436230

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
11,12	**5,30**

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo reembolso das consultas médicas eletivas e honorários médicos cobertos, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas médicas eletivas e honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 154,89
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 330,43
Exames complementares A	30%	R$ 82,61
Exames complementares B	30%	R$ 206,52
Terapias	30%	R$ 92,93
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 258,15
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 588,58

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (C) "RM R2"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP COP C RM R2

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495439234

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas Eletivas	Honorários Médicos
14,67	**10,60**

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 154,89
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 330,43
Exames complementares A	30%	R$ 82,61
Exames complementares B	30%	R$ 206,52
Terapias	30%	R$ 92,93
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 258,15
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 588,58

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (F) "RM R2"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP COP F RM R2

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495440238

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas Urgências e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
14,67	**10,60**

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 154,89
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 330,43
Exames complementares A	30%	R$ 82,61
Exames complementares B	30%	R$ 206,52
Terapias	30%	R$ 92,93
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 258,15
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 588,58

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (C) "RM R3"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP COP C RM R3
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495443232
Abrangência Geográfica: Nacional
Coparticipação: Sim
Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas Eletivas	Honorários Médicos
19,56	**12,70**

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 154,89
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 330,43
Exames complementares A	30%	R$ 82,61
Exames complementares B	30%	R$ 206,52
Terapias	30%	R$ 92,93
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 258,15
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 588,58

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (F) "RM R3"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo PME Trad.23 AHO QP COP F RM R3
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495444231
Abrangência Geográfica: Nacional
Coparticipação: Sim
Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
19,56	**12,70**

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no “Anexo III – Caderno de Benefícios”. A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Assistência Viagem Nacional - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Seguro Viagem Internacional - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

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

5. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

5.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 154,89
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 330,43
Exames complementares A	30%	R$ 82,61
Exames complementares B	30%	R$ 206,52
Terapias	30%	R$ 92,93
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 258,15
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 588,58

(*) – Os valores iniciais serão reajustados 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 (C)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige PME Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495532233

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente, itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas Eletivas	Honorários Médicos
22,23	**15,00**

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Escleroterapia sem limite de sessão - conforme descrito no item 1 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Consulta domiciliar - conforme descrito no item 2 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 Cirurgia Refrativa - conforme descrito no item 3 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 *Check-Up* - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5 Vacinas – conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5.1 Além das vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, também estão cobertas as vacinas extra calendário oficial do Ministério da Saúde a seguir descritas:

- Febre Tifóide
- Hepatite A Adulto
- Hepatite A+B Adulto/Pediátrica
- Vacina HEXAVALENTE: contra difteria, tétano, coqueluche acelular, Haemophilus influenza e b, Hepatite B, Poliomielite. (Penta + pólio)
- Vacina Pneumocócica 15-valente (PCV 15)
- Vacina Rotavírus Humano Pentavalente (VRH ROTA)
- Vacina Herpes Zoster
- Vacina Dengue DengVaxia
- Vacina Meningocócica B

4.5.2 As vacinas relacionadas acima se enquadram no conceito "**Vacinas do Viajante Sulamérica"** e poderão ser realizadas quando recomendadas ou exigidas para certos destinos no Brasil ou no exterior.

4.6 Consulta ao Viajante - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.7 Transplantes de órgãos - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.8 **Motorista Amigo da Saúde** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.9 **Remoção Especial** - conforme descrito no item 9 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.10 **Coleta Domiciliar de Exames** - conforme descrito no item 10 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.11 **Concierge** - conforme descrito no item 11 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.12 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13.1 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.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima:

a) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas, consulta ao viajante e *check-up*.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 175,54
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 361,41
Exames complementares A	30%	R$ 92,93
Exames complementares B	30%	R$ 361,41
Terapias	30%	R$ 154,89
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 413,04
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 722,82

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige
com Coparticipação (F)

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige PME Trad.23 AHO QP COP F

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495534230

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso Modular: Consultas Médicas de Urgência e Emergências, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos.

2. Reembolso Modular

O segurado titular e seus dependentes terão direito a reembolso de consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e honorários médicos durante a internação, conforme detalhado na cláusula 21, respectivamente, itens 'a', 'b' e 'c' das Condições Gerais.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
22,23	**15,00**

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e de honorários médicos, cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das despesas de consultas médicas eletivas e de honorários médicos 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 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) abaixo, o (s) qual (is) está (ão) detalhado (os) no "Anexo III – Caderno de Benefícios". A Seguradora poderá alterar e/ou descontinuar os benefícios a qualquer tempo, devendo o beneficiário consultar a disponibilidade antes da realização do evento.

4.1 Escleroterapia sem limite de sessão - conforme descrito no item 1 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.2 Consulta domiciliar - conforme descrito no item 2 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.3 Cirurgia Refrativa - conforme descrito no item 3 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.4 *Check-Up* - conforme descrito no item 4 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5 Vacinas – conforme descrito no item 5 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.5.1 Além das vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, também estão cobertas as vacinas extra calendário oficial do Ministério da Saúde a seguir descritas:

- Febre Tifóide
- Hepatite A Adulto
- Hepatite A+B Adulto/Pediátrica
- Vacina HEXAVALENTE: contra difteria, tétano, coqueluche acelular, Haemophilus influenza e b, Hepatite B, Poliomielite. (Penta + pólio)
- Vacina Pneumocócica 15-valente (PCV 15)
- Vacina Rotavírus Humano Pentavalente (VRH ROTA)
- Vacina Herpes Zoster
- Vacina Dengue DengVaxia
- Vacina Meningocócica B

4.5.2 As vacinas relacionadas acima se enquadram no conceito "**Vacinas do Viajante Sulamérica"** e poderão ser realizadas quando recomendadas ou exigidas para certos destinos no Brasil ou no exterior.

4.6 Consulta ao Viajante - conforme descrito no item 6 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.7 Transplantes de órgãos - conforme descrito no item 7 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.8 **Motorista Amigo da Saúde** - conforme descrito no item 8 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.9 **Remoção Especial** - conforme descrito no item 9 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.10 **Coleta Domiciliar de Exames** - conforme descrito no item 10 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.11 **Concierge** - conforme descrito no item 11 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.12 **Assistência Viagem Nacional** - conforme descrito no item 12 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13 **Seguro Viagem Internacional** - conforme descrito no item 13 do Anexo III – Caderno de Benefícios.

4.13.1 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.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as seguintes carências a benefícios especificados no item 4 acima:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas, consulta ao viajante e *check-up*.

6. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

6.1 Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

Eventos	Percentual	Valor Limite Inicial por Evento(*)
Consultas Médicas	30%	R$ 175,54
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R$ 361,41
Exames complementares A	30%	R$ 92,93
Exames complementares B	30%	R$ 361,41
Terapias	30%	R$ 154,89
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R$ 413,04
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R$ 722,82

(*) – Os valores iniciais serão reajustados conforme descrito nas Condições Gerais

7. 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 à época do evento, a SulAmérica oferece, por liberalidade, o (s) benefício (os) adicionais relacionado (os) 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. **Escleroterapia sem limite de sessões.**

2. **Consulta domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano;**

3. **Cirurgia Refrativa sem limite de grau;**

4. ***Check-Up***
   Check-Up Preventivo Anual exclusivamente em rede parceira do plano contratado, sem previsão de reembolso, não havendo a necessidade de solicitação médica, somente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada doze meses.

5. **Vacinas**
   As vacinas ofertadas são as do calendário oficial do Ministério da Saúde, as quais serão disponibilizadas, exclusivamente, junto à rede parceira da SulAmérica, mediante prescrição médica, não havendo, em hipótese alguma, possibilidade de reembolso.

6. **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.

7. **Transplantes de órgãos**

   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.

7.1 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.

8. 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.

9. 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.

10. Coleta Domiciliar de Exames

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

11. Concierge

Consiste em atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas para informações e indicações de prestadores de serviços para os Segurados.

Na impossibilidade de fornecimento da informação solicitada, por motivo de força maior ou por necessidade de pesquisa específica, o Segurado será orientado a deixar um telefone de contato, para que a Central de Informações possa retornar com as informações solicitadas. O tempo de resposta será informado ao Segurado e dependerá do tipo de pesquisa a ser efetuada.

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

Os serviços disponibilizados são:

a) Assistência para viagens

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

b) Informações de Eventos

- Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- Informações sobre eventos esportivos;

- Informações sobre parques e locais para a prática de esportes;
- Indicações sobre bares e restaurantes locais;
- Informações sobre shows e eventos na região;
- Informações sobre passeios turísticos na região;
- Informações sobre meios de locomoção (taxi, ônibus, metrô, etc).

c) Indicação de Locadoras de:

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

d) Indicação para compras e envio de presentes:

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

e) *Welcome Home*

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

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

12. Assistência Viagem Nacional

A SulAmérica Saúde coloca à disposição dos Segurados residentes no Brasil, os serviços descritos abaixo para auxilio em situações ocorridas fora do município de seu domicílio.

12.1 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 translado 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 vôo 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.

12.2 Exclusões dos Serviços de Assistência Viagem Nacional

12.2.1 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.

12.2.2 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.

12.3 Territorialidade

12.3.1 Os serviços de assistência viagem nacional mencionados neste caderno são válidos somente no Brasil.

12.3.2 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.

12.4 Limitação dos Serviços de Assistência Viagem Nacional

12.4.1 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.

12.4.2 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.

12.4.3 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.

12.5 Ocorrências e Pedidos de Assistência Viagem Nacional

12.5.1 Não estão cobertas quaisquer ocorrências que não tenham sido previamente informadas a Central de Atendimento da Empresa Prestadora de Serviços, na forma deste item.

12.5.2 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.

12.6 Sub-rogação

12.6.1 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.

12.6.2 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.

13. 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 SUPERINTEDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, e pago integralmente pela Sul América Companhia de Seguro Saúde.

13.1 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.

13.2 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:

13.3 Coberturas Garantidas

A seguir estão relacionados todas as coberturas garantidas bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional

13.3.1As 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.

13.3.2 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.

13.4 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.

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

13.5 Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser emitida no Brasil pelo próprio Segurado com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque.

13.5.1 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’.

13.5.1.1 Não será admitida, em hipótese alguma, a emissão de apólice em data posterior à data do embarque.

13.5.1.2 Uma vez emitida a apólice, não será permitida qualquer alteração.

13.6 O quadro de garantias, no qual consta o valor limite de cobertura para cada item constante na cláusula 13.3.1 consta na apólice do Seguro Viagem Individual, emitida por ocasião da solicitação do segurado.

14. Atendimento de urgência e emergência fora da região do plano contratado

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

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

14.3 Relação de Hospitais com Prontos-Socorros

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

14.3.2 A relação de hospitais com prontos socorros já informados ao Segurado, poderá ser alterada sem prévio aviso, bem como as regiões os quais serão disponibilizados, como citado na cláusula **14.2**.

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