SulAmérica Saúde Empresarial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia Condições Gerais

Versão 35
Vigência Setembro 2023

ANS – nº 006246

Contrato nº 0058.0043.3597

Índice

SulAmérica Saúde Empresarial
Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

- Condições Gerais 6

1. Qualificação da Seguradora 6
2. Qualificação do Contratante 6
3. Objeto do Contrato 6
4. Natureza do Contrato 7
5. Tipo de Contratação 7
6. Tipo de Segmentação Assistencial 7
7. Área Geográfica de Abrangência 7
8. Formação do Preço 7
9. Planos de Seguro 7
10. Coberturas e Benefícios Adicionais 8
11. Contratação do Seguro 8
12. Inclusão de Segurados 10
13. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de Segurados 11
14. Formas de Inclusão e Exclusão 12
15. Coberturas e procedimentos garantidos 13
16. Exclusões de cobertura 25
17. Vigência e Condições de Renovação Automática 27
18. Carências 27
19. Doenças e Lesões Preexistentes 29
20. Atendimento de Urgência e Emergência 31
21. Procedimentos Reembolsáveis 33
22. Rede Referenciada 41
23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP 42
24. Divergências Médicas 43
25. Coparticipação 44
26. Prêmio Mensal 45
27. Reajuste do Prêmio do Seguro 48
28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária 54
29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados 55

30. Exclusão do Segurado 61
31. Cancelamento do Seguro 62
32. Disposições Gerais 64
33. Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios 67
34. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro 69
35. Proteção de Dados Pessoais 75
36. Glossário 80
37. Foro 84

- Termo de Coberturas Adicionais

1. Terapia 85
2. Transplantes de órgãos 85
3. Consulta e Fisioterapia Domiciliar. 85
4. Cirurgia refrativa sem limite de grau 85
5. Check-Up 85
6. Vacinas 86
7. Consulta ao Viajante 86
8. SulAmerica Saúde Ativa 86

- Caderno de Benefícios Adicionais

1. Motorista Amigo da Saúde 87
2. Remoção Especial 87
3. Coleta Domiciliar de Exames 87
4. Concierge 87
5. Seguro Viagem 88
6. Urgência e Emergência fora da região de Abrangência Geográfica 91
7. Vacinas 91

- **Características Essenciais Planos sem Coparticipação** 93

Direto Aracaju Quarto Coletivo 94
Direto Aracaju Apartamento 96
Direto BH Quarto Coletivo 98
Direto BH Apartamento 100

Direto BSB Quarto Coletivo 102
Direto BSB Apartamento 104
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo 106
Direto CAMP VCs Apartamento 108
Direto JP NSn Quarto Coletivo 110
Direto JP NSn Apartamento 112
Direto REC II Quarto Coletivo 114
Direto REC II Apartamento 116
Direto Rio II Quarto Coletivo 118
Direto Rio II Apartamento 120
Direto Salvador Quarto Coletivo 122
Direto Salvador Apartamento 124
Direto Uberlândia Quarto Coletivo 126
Direto Uberlândia Apartamento 128
Direto Nacional Quarto Coletivo 130
Direto Nacional Apartamento 131
Exato Quarto Coletivo 132
Exato Apartamento 133
Clássico Quarto Coletivo 134
Clássico Apartamento 136
Especial 100 (RC) 138
Especial 100 (RM R1) 140
Especial Mais 142
Executivo (RM R1) 144
Executivo (RM R2) 147
Executivo (RM R3) 150
Prestige 153

- **Características Essenciais Planos com Coparticipação 155**

Direto Aracaju Quarto Coletivo 156
Direto Aracaju Apartamento 158
Direto BH Quarto Coletivo 160
Direto BH Apartamento 162

Direto BSB Quarto Coletivo 164
Direto BSB Apartamento 166
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo 168
Direto CAMP VCs Apartamento 170
Direto JP NSn Quarto Coletivo 172
Direto JP NSn Apartamento 174
Direto REC II Quarto Coletivo 176
Direto REC II Apartamento 178
Direto Rio II Quarto Coletivo 180
Direto Rio II Apartamento 182
Direto Salvador Quarto Coletivo 184
Direto Salvador Apartamento 186
Direto Uberlândia Quarto Coletivo 188
Direto Uberlândia Apartamento 190
Direto Nacional Quarto Coletivo 192
Direto Nacional Apartamento 194
Exato Quarto Coletivo 196
Exato Apartamento 198
Clássico Quarto Coletivo 200
Clássico Apartamento 202
Especial 100 (RC) 204
Especial 100 (RM R1) 206
Especial Mais 208
Executivo (RM R1) 210
Executivo (RM R2) 213
Executivo (RM R3) 216
Prestige 219

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Apólice

Estipulante:

Endereço:

CNPJ/ME:

Condições Gerais

SulAmérica Saúde Empresarial
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 Contratante

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

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 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 por profissionais escolhidos, integrantes 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 QUANDO O ATENDIMENTO FOR REALIZADO POR PROFISSIONAL NÃO INTEGRANTE DA REDE REFERENCIADA DO PLANO CONTRATADO OS PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS VARIAM DE ACORDO COM O PLANO, OS QUAIS PODEM SER, CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA E

EMERGÊNCIA, CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS, HONORÁRIOS MÉDICOS, TERAPIAS AMBULATORIAIS E PROCEDIMENTOS COBERTOS.

3.1.1 NAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE CADA PLANO, ESTÁ(ÃO) INDICADO(S) O(S) PROCEDIMENTO(S) REEMBOLSÁVEL(IS) NAQUELE PLANO, O(S) QUAL(IS) ESTÁ(ÃO) DESCRITO(S) NA(S) CLÁUSULA(S) 21.1, 21.2, 21.3, 21.4 E/OU 21.5, REEMBOLSO DE CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS, HONORÁRIOS MÉDICOS, TERAPIAS AMBULATORIAIS E PROCEDIMENTOS COBERTOS, RESPECTIVAMENTE.

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 abrangência geográfica deste seguro 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. Planos de Seguro

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

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

9.3 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.

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

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

10. Coberturas e Benefícios Adicionais

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Seguradora, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

10.1 As coberturas adicionais estão descritas no Termo de Coberturas Adicionais, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os Benefícios Adicionais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais. As coberturas e benefícios quando contemplados pelo seu plano, estarão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial.

11. Contratação do Seguro

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

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

a) os sócios da pessoa jurídica contratante;

b) os administradores da pessoa jurídica contratante;

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

d) estagiários e menores aprendizes;

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

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

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

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

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

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

11.8 A emissão do contrato de seguro será feita em até 15 (quinze) dias da data do protocolo dos documentos definidos nestas Condições Gerais na Seguradora

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

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

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

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

11.10 O Estipulante é responsável por prestar informações referentes as suas Subestipulantes, que eventualmente venham a aderir ao Seguro, as quais se tornarão automaticamente cientes, aderentes e solidárias às condições contratadas, na forma disposta no(s)TERMO(S) DE INTEGRAÇÃO DE SUBESTIPULANTE, assinado(s) na ocasião da contratação e/ou durante a vigência do Contrato.

11.11 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:

11.11.1 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;

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

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

12. Inclusão de Segurados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;

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

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

d) Condições Gerais assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa, na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;

e) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo proponente, ou arquivo magnético em linguagem txt cujo *layout* é fornecido pela Seguradora;

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

g) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração

registrada em cartório com poderes específicos para contratar, e pela Instituição de ensino sob carimbo;

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

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

j) Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes.

k) Além de documentos que comprovem a elegibilidade dos Segurados o Empresário Individual deverá apresentar documentos que comprove inscrição cadastral nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto à Receita Federal.

14. Formas de Inclusão e de Exclusão

14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

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

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

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

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

14.2.1 Quando não for possível a utilização do MECSAS, o Estipulante ou o corretor por ele indicado utilizará a movimentação manual, através da qual deve entregar à Seguradora na ocasião da inclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, denominado cartão proposta e declaração de saúde, quando aplicável, devidamente preenchidos e assinados pelo(s) representante(s) legal(is) do Estipulante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Seguradora.

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

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

14.2.2 Alternativamente, quando não for possível a utilização do MECSAS, o Estipulante deverá entregar, obrigatoriamente, à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário de exclusão fornecido pela Seguradora, o qual deverá ser entregue devidamente preenchido e assinado pelo(s) representante(s) legal(is) do Estipulante, sob carimbo da empresa, bem como estar acompanhado dos documentos comprobatórios 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 envolvem 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 nº 566/2022, respeitada a segmentação assistencial, os prazos carência e a CPT.

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

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

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

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

.

15.2 Cobertura 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 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, ou coberto neste Contrato, realizado fora da abrangência geográfica e da área de atuação definida no plano contratado, exceto para os planos com previsão de reembolso de eventos cobertos realizados no exterior;

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 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;

16.9 Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética;

16.10 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;

16.11 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;

16.12 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;

16.13 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;

16.14 Vacinas e autovacinas;

16.15 Inseminação artificial;

16.16 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

16.17 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;

16.18 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.;

16.19 Remoções realizadas por via aérea ou marítima.

16.20 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.

16.21 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e ocorridos em regime de internação hospitalar;

16.22 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

16.23 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;

16.24 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.

16.25 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, exceto os previstos neste Contrato;

17. Vigência e Condições de Renovação Automática

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

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

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

18. Carências

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

A carência somente será aplicada aos Segurados elegíveis para esta condição, hipótese na qual as coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente

terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência de cada Segurado.

18.1 Grupos de Carência

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

b) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais, raio x simples), ultrassonografia sem doppler em regime ambulatorial e as seguintes terapias: fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias 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, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias e diálises, 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 (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis);

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

19. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o Segurado ou seu representante legal, saiba 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 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do Segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

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

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

19.8 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do Segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação 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 Cobertura Parcial Temporária - CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde.

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

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

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

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

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

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

19.16 A Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, somente poderá ser aplicada se o Estipulante formalizar o ingresso do beneficiário no seguro saúde após o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a sua condição de Segurado.

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

20. Atendimento de Urgência e Emergência

20.1 A partir do início de vigência da adesão do Segurado, a cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35-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 PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS

Os procedimentos reembolsáveis variam de acordo com o plano contratado, e estão descritos nas cláusulas a seguir, e quando aplicável, estarão indicados nas Características Essenciais dos Planos. O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas dos procedimentos reembolsáveis desde que realizados dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano e desde que cumpridos os demais critérios estabelecidos nas cláusulas a seguir.

21. 1 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 de acordo com o plano contratado.

21.2 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 de acordo com o plano contratado.

21.3 REEMBOLSO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

O Segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas de honorários médicos havidas EXCLUSIVAMENTE durante o período de internação, os quais serão reembolsados de acordo com o plano contratado.

21.3.1 O reembolso de honorários médicos será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida a quantidade dos médicos auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento.

21.4 REEMBOLSO DE TERAPIAS AMBULATORIAIS

O segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das terapias ambulatoriais. As terapias ambulatoriais são aquelas realizadas fora do ambiente hospitalar. Entende-se como terapias ambulatoriais sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, acupunturista, fisioterapeuta, psicólogo além de outras terapias médicas desde que realizadas em ambiente não hospitalar.

21.5 REEMBOLSO DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS

O Segurado Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso dos procedimentos cobertos, os quais serão reembolsados de acordo com o plano contratado.

21.5.1 Diárias Hospitalares - Para efeito de reembolso:

a) “diárias hospitalares” incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem relacionados e compatíveis com o evento coberto;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária hospitalar normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória; e

c) diárias de partos incluem: a permanência da parturiente e do(s) recém-nascido(s) em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto e pós parto, incluindo registros hospitalares, alojamento, alimentação da parturiente, alimentação do recém-nascido, banho no leito, administração de medicamentos e demais serviços de enfermagem necessários e compatíveis com o evento coberto, além da acomodação e alimentação relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do parto.

21.5.2 Taxas de Sala - Para efeito de reembolso:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala serão pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não será devida; e

e) Quando o Segurado e/ou qualquer de seus Dependentes forem submetidos a dois ou mais atos cirúrgicos simultaneamente, na mesma sala, pela mesma equipe cirúrgica ou por equipes distintas, será devido o reembolso de apenas uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

21.5.3 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos e contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do respectivo plano, vigentes na data de sua utilização, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8/1998, alterada pela CONSU nº 15/1999, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

21.5.4 Serão reembolsadas Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

21.5.4.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento.

21.6 REGRAS DO REEMBOLSO

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

21.6.1 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.

21.6.1.1 Não obstante o constante na cláusula 21.6.1, 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.

21.6.2 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.

21.6.3 Tabela SulAmérica Saúde

21.6.3.1 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.

21.6.3.2 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.

21.6.3.3 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*.

21.6.4 Para o cálculo de reembolso serão considerados:

21.6.4.1 Unidade de Serviço (US) - É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

21.6.4.2 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.

21.6.4.3 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.**

21.6.4.4 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.

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

21.6.4.6 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

21.6.5 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.

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

21.6.7 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.

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

21.6.9 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.

21.6.10 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.

21.6.11 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.

21.6.12 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.

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

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Nota fiscal quitada ou, exclusivamente nos casos em que a legislação não exigir a emissão de nota fiscal, recibo original e quitado, devendo conter em qualquer hipótese:

- Razão Social e nº de CNPJ 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.

21.6.14 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).

21.6.15 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.

21.6.16 Se os documentos apresentados não possibilitarem 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.

21.6.17 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.

21.6.18 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 21.5.16.

21.6.19 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.

21.6.20 **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.

21.6.20.1 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.

21.6.20.2 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.

21.6.21 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.

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

21.6.23 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.

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

21.6.25 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.

21.6.26 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.

21.6.27 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, psicomotricidade, 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, vigente à época do evento, 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 24.6 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da Seguradora que motivou a divergência técnico-assistencial.

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

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

25. Coparticipação

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

25.1 Coparticipação em atendimento ambulatorial

A coparticipação incidirá sobre os valores referentes à realização de consultas médicas, atendimento em pronto socorro, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, bem como sobre todos os insumos decorrentes destes atendimentos. O percentual de coparticipação 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 O valor fixo de coparticipação definido em reais será reajustado anualmente, em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, e a aplicação se dará sempre no aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.2.1.

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

25.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos Segurados 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 nº 9.656/98.

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

26. Prêmio Mensal

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

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

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

26.4 O valor do prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 563/2022, conforme descrito a seguir:

a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

j) 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

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

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

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

a) Multiplicar-se-á o número total de Segurados da mesma faixa etária e mesmo plano pelo valor do respectivo prêmio *per capita* por faixa etária, conforme indicado na proposta comercial assinada pelo Estipulante. O resultado será correspondente ao valor da faixa etária por plano;

b) Com o resultado apurado no item 'a', acima, serão somados os valores de todas as faixas etárias do plano e este valor será dividido pelo número total de Segurados considerados na apuração do respectivo plano. O resultado será correspondente ao prêmio *per capita* do plano por preço único (taxa média).

26.5.2 Se, durante a vigência do Contrato e a qualquer tempo, for identificada pela Seguradora a redução no número de vidas vinculadas ao Contrato de modo que afete a condição estabelecida na cláusula 26.5., acima, ou seja, se o Contrato apresentar número inferior a 200 (duzentas) vidas a ele vinculadas, a Seguradora reserva-se o direito de readequar o critério de precificação deste Contrato para faixa etária, o que incidirá a partir do aniversário do Contrato seguinte ao evento que descaracterizou o número mínimo de vidas implantadas estabelecido na cláusula.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

27. Reajuste do Prêmio do Seguro

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

a) Para os contratos com até 29 (vinte e nove) vidas terão como mês de referência para a primeira apuração 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.

b) Para os contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas no mês de aniversário do contrato do ano anterior a aplicação do reajuste, para definição da regra de reajuste, terão como mês de referência para a apuração da quantidade de vidas o mês que antecede a apuração do reajuste.

c) Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato é informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Para os contratos com até 29 (vinte e nove) vidas, além de informar a ANS, o percentual de reajuste a ser aplicado será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no Portal Sul América Saúde Online, área logada, e será informado se a Empresa Contratante integrou o agrupamento de contratos, conforme dispõe a Resolução Normativa RN nº 565/2022.

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

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

27.1.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na **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.

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

b) Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo

sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de Segurados vigentes para cada mês substituído.

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

27.1.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

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

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

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

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

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

Em que:

IRS = **Í**ndice 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.

27.1.3 Percentual de Reajuste Único - PRU

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

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

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.

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

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

27.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

27.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

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

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

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

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

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

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

Em que:

IRS = Índice de **R**eajuste da **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

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

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

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

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.

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

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

27.3.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

27.3.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração. Considerando 50% (cinquenta por cento) do resultado de todos os contratos coletivos empresariais que contemplem de 100 (cem) a 499 (quatrocentos e noventa e nove) vidas e, 50% (cinquenta por cento) do resultado do próprio contrato.

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

c) Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos

d) Os contratos que integrarão a base de cálculos, devem ter mais de cinco meses de vigência

e) O índice de Reajuste de Sinistralidade, será obtida conforme a seguinte fórmula:

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

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade

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

∑ **Prêmios ca =** soma dos prêmios pagos da carteira dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior à data de apuração.

∑ **Sinistros co =** soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos do contrato dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior à data de apuração.

∑ **Prêmios co =** soma dos prêmios pagos do contrato dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior à data de apuração.

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

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

Em que:

R = Reajuste

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

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

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

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

27.4.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

27.4.2 Reajuste do Prêmio em função da Sinistralidade

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

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

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

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

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

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

$$\mathbf{IRS} = \left(\frac{\sum \textbf{Sinistros co}}{\sum \textbf{Prêmios co}} \right) / \mathbf{0{,}70}$$

Em que:

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

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

∑ **Prêmios co =** Soma dos prêmios pagos do contrato dos últimos 12 meses imediatamente anterior à data de apuração

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

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

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

Em que:

R = Reajuste

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

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

28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

28.1 O valor do prêmio mensal será adequado quando os Segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária, cláusula 28.3, 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 563/2022, Artigo 3º.

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.

28.3 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%

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

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 arts. 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 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

29.1.2 O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o seguro-saúde, na vigência

da Lei nº 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 da admissão do Segurado Titular em novo emprego, cancelamento do seguro pelo Estipulante, inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato tanto pelo Estipulante quanto pelo Segurado ou pelo decurso do prazo previsto na cláusula 30.1.2.

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 ter 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 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 nos arts. 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 adquirido o benefício, o direito à manutenção do seguro-saúde, desde que continuem pagando integralmente o prêmio mensal.

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

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

29.5.3 O valor do prêmio a ser pago pelo ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado ou dependentes do aposentado falecido, deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por

faixa etária, com as devidas atualizações, disponibilizada aos Segurados, quando da contratação do seguro.

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

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

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

29.6 Responsabilidades do Estipulante

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

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

a) se o Segurado foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

b) se o Segurado demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa nº 488/2022;

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

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

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

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

de Segurado, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 488/2022 conforme cláusula anterior.

29.6.2.2 A Seguradora disponibiliza formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, sendo obrigatório o envio deste documento devidamente preenchido, para que a exclusão seja processada, quando o ex-empregado contribuiu a qualquer tempo com o seguro saúde, nesta Seguradora ou em Operadora anterior e optou pela extensão do benefício, nos artigos 30 e 31 da Lei nº 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 Estipulante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Estipulante, os Segurados continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração de sinistralidade.

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

29.8.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 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) após cientificação pelo Estipulante, nos termos da legislação vigente, sobre a solicitação do Segurado Titular;

b) por solicitação do Estipulante resguardado o direito de Extensão de Cobertura Assistencial previsto na legislação vigente, nos casos de término de vínculo empregatício, sendo de inteira responsabilidade de o Estipulante informar à Seguradora sobre a extinção do vínculo 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) por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento;

h) cancelamento do Seguro pelo Estipulante.

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;

31. Cancelamento do Seguro

31.1 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante

31.1.1 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência inicial definida na contratação do seguro e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

31.2 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora

31.2.1 O cancelamento imotivado do Contrato por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, exclusivamente quando contratado por Empresário Individual somente poderá ocorrer na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao Contratante, com 60 (sessenta) dias, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período, obrigando-se a Seguradora apresentar as razões da rescisão no ato da comunicação.

31.3 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora

31.3.1 O seguro estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento inclusive para o Empresário Individual por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, nas seguintes situações:

a) quando por critérios técnicos-atuariais a manutenção do Grupo Segurado tornar-se inviável, a Seguradora comunicará ao Estipulante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;
b) quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 30 (trinta) vidas;

c) inadimplência superior a 30 (trinta) dias em relação ao prêmio e/ou à quantia devida em razão da coparticipação;

d) quando 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) quando for identificado pela Seguradora, infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados;

f) quando 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) por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento.

31.3.2 O Contrato quando celebrado por empresário individual estará sujeito ao cancelamento por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, na seguinte situação:

a) quando verificada a sua ilegitimidade, ou seja, a não conservação da inscrição nos órgãos competentes e regularidade junto à Receita Federal, bem como a inelegibilidade dos Segurados dependentes, a Seguradora notificará o Empresário Individual com antecedência de 60 (sessenta) dias, e poderá rescindir o contrato caso não seja comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, bem como a elegibilidade dos Segurados Dependentes.

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

31.4.1 O Estipulante somente poderá solicitar o cancelamento de seu contrato antes de completado o período inicial de vigência definido por ocasião da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, conforme descrito no item f da cláusula 31.3.1, devendo comunicar a Seguradora por escrito com mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, período este em que deverá ocorrer o pagamento dos prêmios mensais, todavia, exclusivamente nesta situação, não haverá cobrança do prêmio complementar previsto na cláusula 31.4.5 e 31.4.6.

31.4.2 Nos casos em que o Estipulante solicitar o cancelamento antes do término do período inicial de vigência, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 31.3.1 será realizada a adequação dos valores dos prêmios em razão do cancelamento antecipado do contrato e, consequentemente, da descontinuidade do prazo de vigência definido, devendo o Estipulante arcar com pagamento de prêmio complementar em decorrência da aludida adequação do preço definido na ocasião da contratação.

31.4.3 A cobrança do valor do prêmio complementar está estabelecida na cláusula 31.4.5 Tabela de Prêmio Complementar por Cancelamento Antecipado, condicionada a sinistralidade apurada na data do cancelamento.

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

31.4.5 Tabela de Prêmio Complementar por Cancelamento Antecipado

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

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

a) Apuração do Índice de sinistralidade conforme descrito na cláusula, "Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade"

b) Considerando o resultado obtido, define-se o múltiplo previsto na tabela acima;

c) Multiplica-se o múltiplo pela média das faturas, de acordo com o disposto na cláusula 32.4.4;

d) Obtêm-se o valor do prêmio complementar por cancelamento antecipado.

31.4.7 O prêmio complementar também será cobrado nos casos em que a Seguradora cancelar o contrato pelos motivos definidos na cláusula 32.3.1, além da cobrança dos prêmios vencidos, adotando-se o mesmo parâmetro definido nas cláusulas 31.4.5 e 31.4.6, para cálculo do valor a ser pago.

31.4.8 O pagamento do prêmio complementar deverá ocorrer até a data de vencimento indicada na fatura, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de Prêmios.

32. Disposições Gerais

32.1 Fazem parte destas Condições Gerais, Carta de Orientação ao Segurado, Declaração de Saúde, Proposta de Seguro, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS, Guia de Leitura Contratual e o Kit Digital, este último enviado para o endereço eletrônico do Segurado com orientações para acessar o Cartão Digital

SulAmérica Saúde e outras informações necessárias para utilização do seguro saúde

32.2 Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais, a entrega do Manual de Orientação para Contratação – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:

a) entregar ao Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no seguro;

b) entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;

c) disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

32.3 O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

32.4 A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio do *website* www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

32.5 O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões Físico SulAmérica Saúde, se houver, nos casos de desligamento dos Segurados ou imediatamente após o cancelamento do seguro.

32.6 O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

32.7 O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.

32.7.1 Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:

32.7.1.1 O Estipulante do contrato será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

32.7.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Estipulante.

32.8 O Estipulante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais ou administrativos movidos por seus Beneficiários, relativos ao seguro saúde objeto da presente avença, incluindo-se inclusive os valores de eventuais procedimentos não cobertos que seja a Seguradora obrigada a arcar, obrigando-se o Estipulante a ressarcir a Seguradora, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Beneficiários titulares e/ou dependentes.

32.8.1 O Estipulante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Seguradora.

32.8.2 O Estipulante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Seguradora, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Seguradora for demandada.

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, disponível por meio do link https://www.sulamerica.com.br/sustentabilidade/clausuladesustentabilidade_sulamerica_060814.pdf, e com a Política de Anticorrupção da Seguradora e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do link https://ri.sulamerica.com.br/governanca-corporativa/politicas-e-regimentos/;

b) não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada na Política de Risco Socioambiental da SulAmérica S.A.

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 de 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, se cabível a impugnação, a Operadora de planos privados de assistência à saúde poderá apresentar impugnação no âmbito do processo administrativo de ressarcimento ao SUS, sendo possível apresentar documentação que justifique 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.

33. Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

33.1 Objeto

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

33.2 Dependentes Remidos

33.2.1 Serão considerados como Dependentes Remidos exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos, o enteado e o menor que

esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, incluídos no seguro até o dia anterior ao falecimento do Segurado Titular.

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

33.3 Carência

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

33.4 Direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

a) o falecimento do Segurado Titular ocorrer durante a vigência do seguro;

b) o falecimento do Segurado Titular for decorrente de evento coberto pelo seguro contratado;

c) o falecimento do Segurado Titular não for causado por Doença ou Lesão Preexistente, ainda que submetida a cobertura parcial temporária - CPT;

d) o Segurado Titular tiver cumprido o prazo de carência previsto no seguro contratado para o evento causador de sua morte;

e) existir vínculo com o Estipulante na data do falecimento;

f) todos os prêmios mensais anteriores à data do falecimento do Segurado Titular estiverem quitados.

33.5 Comunicação à Seguradora

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

33.6 Início de Vigência

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

33.7 Cancelamento da Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

a) perda da condição de Dependente Remido;

b) decorridos os 02 (dois) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;

c) constatação de infrações ou fraudes praticadas por qualquer Segurado Remido;

d) cancelamento do contrato principal de Seguro Saúde ao qual se vinculam os Segurados Remidos.

34. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

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

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

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

34.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

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

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

a) Inclusões;

b) Exclusões;

c) Alteração de Sexo;

d) Alteração de Nome;

e) Alteração de Data de Nascimento;

f) Transferência para Condição de Remido*;

g) Atualização de Dados Cadastrais;

h) Alteração de Dados Bancários;

i) Alteração de Plano;

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

k) Transferência de Empresas;

l) Reabertura de Matrícula.

m) Correção de CPF

* Para empresas que possuam cláusula de remissão.

** Para Beneficiários que contribuem ou contribuíram para o plano, de acordo com os Art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

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

34.3 Requisitos Técnicos

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

34.4 Direitos do Autor

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

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

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

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

34.5 Garantias e responsabilidades

34.5.1 O MECSAS deve ser utilizado de acordo com os termos e condições do presente documento. A Contratada não será responsável por quaisquer danos produzidos por uma utilização do MECSAS contrária a esta licença de *software*.

Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do

MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o *software*. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.

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

34.5.3 A Contratada garante que o MECSAS não é um programa espião ou de publicidade. A Contratada também garante que o MECSAS não mostra anúncios emergentes nem recompila dados pessoais dos utilizadores.

34.5.4 A Contratada não garante a disponibilidade, a continuidade nem o funcionamento no acesso ao MECSAS. Portanto, na medida em que a legislação o permita, esta garantia não inclui os danos surgidos da falta de disponibilidade ou funcionamento interrompido do MECSAS e quaisquer serviços que este possibilite, devendo o Contratante utilizar-se de outro meio de envio das informações e movimentações de seus beneficiários.

34.5.5 A Contratada não assume responsabilidade em caso de circunstância imprevisível ou de força maior na funcionalidade da aplicação MECSAS. Além disso, a Contratada não será responsável de quaisquer causas fora do controle razoável, como vírus e interferências de terceiros.

34.5.6 O Contratante afirma ter conhecimento de que os dados informados e transmitidos via MECSAS são inteiramente de sua responsabilidade quanto à sua legitimidade e veracidade.

34.5.7 A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará, periodicamente, todas as movimentações realizadas, com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

34.5.8 Após o preenchimento dos dados dos Segurados (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade do 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, pelo Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pelo Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.

34.5.9 A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.

34.5.10 O Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive, pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.

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

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

34.5.13 O 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 pelo Contratante no MECSAS, bem como, por irregularidade na correspondente documentação, respondendo, integralmente, pelo pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos que houver.

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

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

a) a comunicar à 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 à 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 o Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

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

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

34.6 Vigência

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

34.7 Elegibilidade

34.7.1 A ANS (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 15 da referida norma. Sendo assim, não é permitida a inclusão de Segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade, previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais Segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis, nos termos da referida norma e do contrato, ensejará a exclusão automática destes e o bloqueio temporário da utilização da ferramenta, 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.

34.7.2 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 pelo Contratante ou Corretora Nomeada.

34.7.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos Segurados, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, o 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 34.7.4 do presente Termo.

34.7.4 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos Segurados cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como dos aposentados – devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Segurados.

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

34.8 Utilização e acesso

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

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

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

34.9 Políticas de privacidade

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

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

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

34.10 Direito e jurisdição aplicáveis

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

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

35. Proteção de Dados Pessoais

Seguradora e Estipulante se comprometem a cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, bem como toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto nº 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

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

a) "DADOS PESSOAIS": qualquer informação relativa a uma pessoa natural identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS");

b) "DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS": é o dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados nesta cláusula conjuntamente como "DADOS";

c) "TRATAMENTO": qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

d) "CONTROLADOR": parte que determina as finalidades e os meios de TRATAMENTO de DADOS. No caso da presente cláusula, o CONTROLADOR é tanto a SULAMÉRICA quanto a ESTIPULANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES ou PARTES;

e) "OPERADOR": parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso da presente cláusula, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos CONTROLADORES, respeitando-se as regras desta cláusula.

f) "Encarregado pelo Tratamento" (DPO): pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o

CONTROLADOR, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados ("ANPD"); e,

g) "PARTE" ou "PARTES": SULAMÉRICA e ESTIPULANTE, quando referidos individual ou conjuntamente.

35.2 As PARTES, ambas na qualidade de CONTROLADORES, declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o objeto do Contrato e a sua finalidade, na forma da legislação e regulamentação em vigor.

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

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

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

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

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

35.4.4 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.

35.4.4.1 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.

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

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

a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;

b) Acesso aos DADOS;

c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;

d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;

e) Portabilidade dos DADOS;

f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento, quando aplicável;

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

h) Revogação do consentimento, quando aplicável.

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

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

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

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

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

(i) data e hora do incidente;

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

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

(iv) número de TITULARES afetados;

(v) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;

(vi) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;

(vii) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e

(viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

necessidade de reparar eventuais perdas e danos, conforme estabelecido nesta cláusula.

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

36. Glossário

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

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

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

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

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

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

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

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

36.9 Cobertura Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia
Garantia ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

36.10 Cobertura Parcial Temporária
Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

36.18 Grupo Segurado
Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

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

36.20 Hospital-Dia

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

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

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

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

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

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

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

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

36.26 Procedimentos de Alta Complexidade
Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

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

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

36.29 Rede Referenciada

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

36.30 Reembolso

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

36.31 Segurado

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

a) Segurado Titular

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

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

36.32 Seguradora

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

36.33 Sinistralidade

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

36.34 Sinistro

Toda despesa médico e/ou hospitalar, efetuada pelo Segurado.

36.35 Subestipulante

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

36.36 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

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

37. Foro

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

Local/Data: _____,_____de _____de _____.

_____

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

_____

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Testemunhas:

_____	_____
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:
RG:	RG:

Termo de Coberturas Adicionais

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.

Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, na cláusula "Coberturas e Procedimentos Garantidos", serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas que poderão variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

1. Terapia

a) Escleroterapia sem limite de sessões.

2. 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.

2.1 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.

3. Consulta e Fisioterapia domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano;

4. Cirurgia Refrativa sem limite de grau;

5. Check-Up

Check-Up Preventivo Anual exclusivamente em rede referenciada do plano contratado, sem previsão de reembolso, não havendo 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.

6. Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada, sem previsão de reembolso.

7. Consulta do Viajante

Consulta médica preventiva exclusivamente na rede referenciada indicada, 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.

8. SulAmérica Saúde Ativa

8.1 A SulAmérica possui um conjunto de programas e ações de gestão com foco na promoção da saúde e bem-estar, gestão de doenças, gestão de condições de risco e gestão de casos complexos disponibilizados aos Segurados incluídos no seguro saúde.

8.2 A participação dos Segurados se dará por meio de adesão voluntária ao programa no qual ele seja elegível em participar, de acordo com a sua condição de saúde. O Segurado poderá tomar conhecimento dos programas disponíveis pelos diversos canais de comunicação da SulAmérica, incluindo o contato direto.

8.3 As coberturas assistenciais ocorridas no âmbito do programa em que o Segurado seja participante, serão considerados como despesas médicas e comporão o cálculo de sinistro, conforme descrito na Cláusula de Reajuste.

Caderno de Benefícios Adicionais

A SulAmérica disponibiliza os Benefícios Adicionais abaixo relacionados, QUE PODEM VARIAR DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME DESCRITO NA CLÁUSULA DE CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DOS PLANOS.

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

A SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas, bem como alterar os serviços, os limites financeiros de cobertura, a abrangência e as demais condições relacionadas aos Benefícios Adicionais, a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Estipulante.

Os Benefícios adicionais são válidos enquanto vigorarem os contratos ou acordos com as empresas que os operam. No caso de descontinuidade dos Benefícios Adicionais o Estipulante será comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

Os Benefícios Adicionais poderão ser oferecidos em determinados planos ou disponibilizados para contratação opcional pelo Estipulante. A gratuidade ou a contratação opcional estará descrita nas Características Essenciais dos Planos.

1. 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.

2. 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.

3. Coleta Domiciliar de Exames

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

4. 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**.**

5. Seguro Viagem

A Sul América Companhia de Seguro Saúde também disponibiliza, como benefício adicional 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.

5.1 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.

5.2 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:

5.3 Coberturas Garantidas

A seguir estão relacionados todas as coberturas garantidas em viagens nacional para todos os planos e internacional somente para os planos indicados na cláusula de características essenciais dos planos destas Condições Gerais, bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional

5.3.1 As coberturas garantidas para viagens nacionais são:

a) Traslado médico;

b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;

c) Hospedagem de acompanhante;

d) Interrupção de viagem;

e) Prorrogação de estadia;

f) Retorno do segurado;

g) Retorno de acompanhantes;

h) Traslado de corpo.

5.3.2 As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;

b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;

c) Despesas farmacêuticas;

d) Despesas Jurídicas;

e) Funeral;

f) Hospedagem de acompanhante;

g) Interrupção de viagem;

h) Prorrogação de estadia;

i) Retorno de acompanhantes;

j) Retorno de menores;

k) Retorno do segurado;

l) Regresso sanitário**;**

m) Traslado de corpo;

n) Traslado médico.

5.3.3 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.

5.4 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.

5.4.1 Os serviços poderão variar de acordo com a viagem, e quando ofertados constarão descritos na apólice emitida.

5.5 Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser emitida no Brasil pelo próprio Segurado com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque.

5.5.1 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’.

5.5.1.1 Não será admitida, em hipótese alguma, a emissão de apólice em data posterior à data do embarque.

5.5.1.2 Uma vez emitida a apólice, não será permitida qualquer alteração.

5.6 O quadro de garantias, no qual consta o valor limite de cobertura para cada item constante nas cláusulas 5.3.1 e 5.3.2, consta na apólice do Seguro Viagem Individual, emitida por ocasião da solicitação do segurado.

6. Atendimento de urgência e emergência fora da região do plano contratado.

6.1 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 REFERENCIADA INDICADA PELA SEGURADORA**.

6.2 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).

6.3 Relação de Hospitais com Prontos-Socorros

6.3.1 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

6.3.2 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 **6.2**.

6.4 Este benefício será oferecido por tempo indeterminado e poderá ser suspenso a qualquer momento.

7. Vacinas

As vacinas disponíveis são exclusivamente aquelas contratadas pela SulAmérica junto à rede parceira de vacinas do plano de saúde contratado com este benefício, não havendo, em hipótese alguma, possibilidade de reembolso.

7.1 A consulta da rede parceira de vacinas deve ser feita previamente à utilização do benefício por meio da Central de Serviços SulAmérica Saúde, ou por outro meio que a Seguradora venha disponibilizar. O número do telefone consta impresso no cartão de identificação digital no aplicativo SulAmérica Saúde.

7.2 As vacinas disponíveis e contratadas para o plano de saúde com este benefício, devem ser consultadas diretamente na rede parceira de vacinas.

Características Essenciais
Planos sem Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Quarto Coletivo

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 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: 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos 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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Apartamento

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 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: 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BH Quarto Coletivo

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 BH PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495492231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Confins, Contagem, Divinópolis, Ibirité, Igarapé, Itaúna, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Nova Lima, Pará de Minas, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Sarzedo, Sete Lagoas, Vespasiano.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto BH, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BH Apartamento

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 BH PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495496233

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Confins, Contagem, Divinópolis, Ibirité, Igarapé, Itaúna, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Nova Lima, Pará de Minas, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Sarzedo, Sete Lagoas, Vespasiano.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto BH, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

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 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: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto BSB Apartamento

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 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: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CAMP VCs Quarto Coletivo

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 CAMP VCs PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495445239

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP Vcs, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CAMP VCs Apartamento

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 CAMP VCs PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495449231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto JP NSn Quarto Coletivo

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 JP NSn PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495478235

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto JP NSn Apartamento

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 JP NSn PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495481235

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto REC II Quarto Coletivo

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 REC II PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495472236

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto REC II Apartamento

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 REC II PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495475231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Rio II Quarto Coletivo

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 RIO II PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495453230

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Rio II Apartamento

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 RIO II PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495456234

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

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 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: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Salvador Apartamento

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 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.

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 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 ao Estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3. Reembolso

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Uberlândia Quarto Coletivo

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 Uberlândia PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495500235

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Uberlândia, Araguari, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara, Araxá, Monte Carmelo, Cascalho Rico, Romaria e Iraí de Minas.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Uberlândia, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Uberlândia Apartamento

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 Uberlândia PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495504238

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Uberlândia, Araguari, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara, Araxá, Monte Carmelo, Cascalho Rico, Romaria e Iraí de Minas.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Uberlândia, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

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 QC C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496500231

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

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 C RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496505231

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

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: Exato PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495525231

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Reembolso
Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Cobertura Adicional
Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional
Será disponibilizado aos Segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Apartamento

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: Exato PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495529233
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Reembolso
Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Cobertura Adicional
Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional
Será disponibilizado aos Segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Quarto Coletivo

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: Clássico PME/Empresarial Trad.23 AHO QC C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495414239

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso
Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas, respectivamente.

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 emergências e 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 emergências e 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Apartamento

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: Clássico PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495418231

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas, respectivamente.

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 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 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. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100
"RC"

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: Especial 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM RC
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495535238
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso
Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas, respectivamente.

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 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 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100
"RM R1"

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: Especial 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM R1

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495425234

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso

Cláusulas 21.1, 21.2 e 21.3 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e de Honorários Médicos, respectivamente.

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, 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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a

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

3. Rede Referenciada

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

4. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial Mais

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: Especial Mais PME/Empresarial Trad.23 AHO QP C RM

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496503235

Abrangência Geográfica: Nacional

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

2. Reembolso

Cláusulas 21.1, 21.2 e 21.3 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e de Honorários Médicos, respectivamente.

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

3. Rede Referenciada

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

4. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

4.2 Check-Up - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

5.3 Vacinas – item 7 do Caderno de Benefícios Adicionais

6. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas e benefícios adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacinas e check-up.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo
"RM R1"

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: Executivo Empresarial Trad.23 AHO QP RM R1
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495651236
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2. Reembolso

Cláusulas 21.1, 21.2, 21.3 e 21.4 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais, respectivamente.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Terapias Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**
11,12	3,0	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 consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais 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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, 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.

5. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

7. Contratação Opcional

7.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada doze meses, desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais, e está descrito como “Opção 1”.

7.1.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para check-up.

7.2 Coleta Domiciliar e Vacinas do Calendário Oficial do Ministério da Saúde desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais. Estes opcionais deverão ser contratados em conjunto, e consta como “Opção 2” na Proposta de Seguro.

7.2.1 Coleta Domiciliar de Exames

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

7.2.2 Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

7.2.2.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

Grupo de carência 1: 15(quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacina.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo
"RM R2"

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: Executivo Empresarial Trad.23 AHO QP RM R2
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495650238
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2. Reembolso

Cláusulas 21.1, 21.2, 21.3 e 21.4 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, de Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais, respectivamente.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Terapias Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**
14,67	3,0	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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais 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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, 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.

5. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

7. Contratação Opcional

7.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada doze meses, desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais, e está descrito como “Opção 1”.

7.1.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

b) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para check-up.

7.2 Coleta Domiciliar e Vacinas do Calendário Oficial do Ministério da Saúde desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais. Estes opcionais deverão ser contratados em conjunto, e consta como “Opção 2” na Proposta de Seguro.

7.2.1 Coleta Domiciliar de Exames

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

7.2.3 Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

7.2.2.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

Grupo de carência 1: 15(quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacina.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo
"RM R3"

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: Executivo Empresarial/PME Trad.15 AHO QP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 473970151
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2. Reembolso
Cláusulas 21.1, 21.2, 21.3 e 21.4 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, de Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais, respectivamente.

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado
Consultas Médicas*	**Terapias Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**
19,56	4,0	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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais 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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, 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.

5. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

7. Contratação Opcional

7.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada doze meses, desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais, e está descrito como “Opção 1”.

7.1.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

c) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para check-up.

7.2 Coleta Domiciliar e Vacinas do Calendário Oficial do Ministério da Saúde desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais. Estes opcionais deverão ser contratados em conjunto, e consta como “Opção 2” na Proposta de Seguro.

7.2.1 Coleta Domiciliar de Exames

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

7.2.4 Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

7.2.2.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

Grupo de carência 1: 15(quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacina.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação 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: Prestige Empresarial/PME AHO QP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 469537132
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Procedimentos Cobertos

2. Reembolso
Cláusula 21.5 das Condições Gerais – Reembolso dos Procedimentos Cobertos

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	**Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias e Despesas Hospitalares**	**SADT***
22,23	5,0	15,0	15,0	5,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso dos procedimentos cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Prestige.

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

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

4. Coberturas Adicionais
Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 **Terapia** - Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.3 **Consulta e Fisioterapia domiciliar** exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.4 **Cirurgia Refrativa** sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.5 **Check-Up** - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.6 **Vacinas** - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.7 **Consulta ao Viajante** - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.8 **SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Carências
Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

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

6. Benefícios Adicionais
Serão disponibilizados de forma gratuita aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 **Motorista Amigo da Saúde** - item 1 do caderno de Benefícios Adicionais

6.2 **Remoção Especial** - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3 **Coleta Domiciliar de Exames** - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.4 **Concierge** - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.5 **Seguro Viagem Nacional** - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.6 **Seguro Viagem Internacional** - item 5.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

6.6.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.

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

Características Essenciais
Planos com Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Aracaju Quarto Coletivo com Coparticipação

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 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.

Reembolso: 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos 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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*)Valor limite por evento sujeito a reajuste

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

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 Aracaju PME/Empresarial Trad.23 AHO QC 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.

Reembolso: 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 BH Quarto Coletivo com Coparticipação

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 BH PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495494237

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Confins, Contagem, Divinópolis, Ibirité, Igarapé, Itaúna, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Nova Lima, Pará de Minas, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Sarzedo, Sete Lagoas, Vespasiano.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto BH, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 BH Apartamento com Coparticipação

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 BH PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495498230

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Confins, Contagem, Divinópolis, Ibirité, Igarapé, Itaúna, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Nova Lima, Pará de Minas, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Sarzedo, Sete Lagoas, Vespasiano.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto BH, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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

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 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.

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*)Valor limite por evento sujeito a reajuste

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

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 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.

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 CAMP VCs Quarto Coletivo com Coparticipação

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 CAMP VCs PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495447235

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 CAMP VCs Apartamento com Coparticipação

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 CAMP VCs PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495451233

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 JP NSn Quarto Coletivo com Coparticipação

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 JP NSn PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495480237

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, 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 ao Estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3. Reembolso

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 JP NSn Apartamento com Coparticipação

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 JP NSn PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495483231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 REC II Quarto Coletivo com Coparticipação

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 REC II PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495521238

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 REC II Apartamento com Coparticipação

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 REC II PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495477237

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 Rio II Quarto Coletivo com Coparticipação

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 RIO II PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495454238

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói, São Gonçalo.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 Rio II Apartamento

Com Coparticipação

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 RIO II PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495457232

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói, São Gonçalo.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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

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 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.

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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

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 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.

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 Uberlândia Quarto Coletivo com Coparticipação

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 Uberlândia PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 495502231

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Uberlândia, Araguari, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara, Araxá, Monte Carmelo, Cascalho Rico, Romaria e Iraí de Minas.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Uberlândia, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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 Uberlândia Apartamento com Coparticipação

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 Uberlândia PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495506234

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Uberlândia, Araguari, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara, Araxá, Monte Carmelo, Cascalho Rico, Romaria e Iraí de Minas.

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Uberlândia, 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplos de Reembolso: 2,0

4. Rede Referenciada

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

(*) O valor será reajustado 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

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 QC COP C RM

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496508236

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

3.1 Múltiplo 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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Nacional Apartamento com Coparticipação

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

Reembolso: 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 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 ao 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

Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 270,00*

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo
Com coparticipação

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: Exato PME/Empresarial Trad.23 AHO QC COP C RM
Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo
Número do Registro na ANS: 495526239
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Reembolso
Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Cobertura Adicional
Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional
Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 320,00*

(*) O valor será reajustado 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

Exato Apartamento
Com coparticipação

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: Exato PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495530237
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Reembolso
Cláusula 21.1 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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. Cobertura Adicional
Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional
Será disponibilizado aos Segurados deste plano, o benefício adicional a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 320,00*

(*) O valor será reajustado 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

Clássico Quarto Coletivo
Com coparticipação

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.

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
Reembolso: Consultas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

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 de urgência e emergência e 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 de urgência e emergência e 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 quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Cobertura Adicional

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Cobertura Adicional que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional – item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais**.**

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 320,00*

(*) O valor será reajustado 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

Clássico Apartamento
Com coparticipação

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: Clássico PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495419230
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

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 de urgência e emergência e 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 apartamento.

2.2.1 O reembolso das despesas das consultas médicas de urgência e emergência e 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Cobertura Adicional que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional – item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais**.**

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 320,00*

(*) O valor será reajustado 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 100
Com coparticipação
"RC"

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: Especial 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM RC
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495422230
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

2. Reembolso
Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Consultas Médicas Eletivas

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 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 de urgência e emergência e 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 500,00*

(*) O valor será reajustado 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 100
Com coparticipação
"RM R1"

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: Especial 100 PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM R1
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495427231
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos

2. Reembolso
Cláusulas 21.1, 21.2 e 21.3 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos

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, consultas médicas eletivas e honorários médicos, realizados 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 honorários médicos 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 Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Cobertura Adicional

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa – cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 500,00*

(*) O valor será reajustado 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

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: Especial Mais PME/Empresarial Trad.23 AHO QP COP C RM
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 496506230
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos

2. Reembolso
Cláusulas 21.1, 21.2 e 21.3 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas e Honorários Médicos

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, consultas médicas eletivas e honorários médicos, realizados 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 honorários médicos 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 Especial Mais na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Serão garantidos aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais as coberturas para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

4.2 Check-Up - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial Mais os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

5.3 Vacinas – item 7 do Caderno de Benefícios Adicionais

6. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas e benefícios adicionais e sua respectiva carência conforme abaixo:

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

7. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

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

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

(*) O valor será reajustado 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
"RM R1"

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.

1. Registro do Plano na ANS
Nome do plano registrado na ANS: Executivo Empresarial Trad.23 AHO QP COP RM R1
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495649234
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2. Reembolso
Cláusulas 21.1. 21.2, 21.3 e 21.4 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado
Consultas Médicas*	Terapias Ambulatoriais	Honorários Médicos
11,12	**3,0**	**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 consultas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, cobertas, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, comprovadamente pagas, 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo, os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

6. Contratação Opcional

6.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada 12 (doze) meses, desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais, e está descrito como “Opção 1”

6.1.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para check-up.

6.2 Coleta Domiciliar de Exames e Vacinas do Calendário Oficial do Ministério da Saúde desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais. Estes opcionais deverão ser contratados em conjunto, e consta como “Opção 2” na Proposta de Seguro.

6.2.1 Coleta Domiciliar de Exames

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

6.2.2 Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

6.2.2.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacina.

7. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo
Com coparticipação
"RM R2"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação 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 Empresarial Trad.23 AHO QP COP RM R2
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495648236
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2. Reembolso
Cláusulas 21.1. 21.2, 21.3 e 21.4 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado
Consultas Médicas*	Terapias Ambulatoriais	Honorários Médicos
14,67	**3,0**	**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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, comprovadamente pagas, 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo, os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

6. Contratação Opcional

6.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada 12 (doze) meses, desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais, e está descrito como “Opção 1”

6.1.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para check-up.

6.2 Coleta Domiciliar de Exames e Vacinas do Calendário Oficial do Ministério da Saúde desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais. Estes opcionais deverão ser contratados em conjunto, e consta como “Opção 2” na Proposta de Seguro.

6.2.1 Coleta Domiciliar de Exames

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

6.2.2 Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

6.2.2.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacina.

7. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo
Com coparticipação
"RM R3"

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação 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 Empresarial Trad.23 AHO QP COP RM R3
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 495647238
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Consultas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2. Reembolso
Cláusulas 21.1. 21.2, 21.3 e 21.4 das Condições Gerais – Reembolso das Consultas Médicas de Urgência e Emergência, Consultas Médicas Eletivas, Honorários Médicos e Terapias Ambulatoriais

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado
Consultas Médicas*	Terapias Ambulatoriais	Honorários Médicos
19,56	**4,0**	**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 de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais cobertos, realizados no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

2.2.1 O reembolso das consultas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias ambulatoriais, 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. Cobertura Adicional

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para o item a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo, os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

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

6. Contratação Opcional

6.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada 12 (doze) meses, desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais, e está descrito como “Opção 1”

6.1.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para check-up.

6.2 Coleta Domiciliar de Exames e Vacinas do Calendário Oficial do Ministério da Saúde desde que contratado e indicado na Proposta de Seguro que é parte integrante destas Condições Gerais. Estes opcionais deverão ser contratados em conjunto, e consta como “Opção 2” na Proposta de Seguro.

6.2.1 Coleta Domiciliar de Exames

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

6.2.2 Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

6.2.2.1 Além das carências descritas na cláusula 18, fica acrescida a cobertura adicional quando contratada e sua respectiva carência conforme abaixo:

Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacina.

7. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige
com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação 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: Prestige Empresarial/PME AHO QP COP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 469529131
Abrangência Geográfica: Nacional
Reembolso: Procedimentos Cobertos

2. Reembolso
Cláusula 21.5 das Condições Gerais – Reembolso dos Procedimentos Cobertos

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	**Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias e Despesas Hospitalares**	**SADT***
22,23	5,0	15,0	15,0	5,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas dos procedimentos cobertos, 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 Prestige.

2.2.1 O reembolso das despesas dos procedimentos cobertos, 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. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 **Terapia** (Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.3 **Consulta e Fisioterapia domiciliar** exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.4 **Cirurgia Refrativa** sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.5 **Check-Up** - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.6 **Vacinas** - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.7 **Consulta ao Viajante** - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.8 **SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do** Termo de Coberturas Adicionais.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do Segurado para vacinas e consulta ao viajante.

b) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado titular para check-up.

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Motorista Amigo da Saúde - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.2 Remoção Especial - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3 Coleta Domiciliar de Exames - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.4 Concierge - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.5 Seguro Viagem Nacional – item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.6 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

6.6.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.

7. Coparticipação – cláusula 25.1 e 25.2 das Condições Gerais

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

Eventos	Percentual /Valor
Atendimento Ambulatorial	30%
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	R$ 700,00*

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

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