

**SulAmérica Saúde PME
Hospitalar com Obstetrícia**

**Condições Gerais
03 a 29 vidas**

Vigência Julho 2024

ANS – nº 006246

Contrato nº 0058.0044.3497

Índice

SulAmérica Saúde PME Modalidade Hospitalar com Obstetrícia

•	Condições Gerais.....	5
1.	Qualificação da Seguradora	5
2.	Qualificação do Contratante	5
3.	Objeto do Contrato	5
4.	Natureza do Contrato	6
5.	Tipo de Contratação	6
6.	Tipo de Segmentação Assistencial	6
7.	Área Geográfica de Abrangência	6
8.	Formação do Preço	6
9.	Planos de Seguro.....	6
10.	Coberturas e Benefícios Adicionais	7
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	11
15.	Coberturas e Procedimentos Garantidos	12
16.	Exclusões de Cobertura.....	21
17.	Vigência e Condições de Renovação Automática.....	24
18.	Carência.....	24
19.	Doenças e Lesões Preexistentes	25
20.	Atendimentos de Urgência e Emergência.....	27
21.	Procedimentos Reembolsáveis	29
22.	Rede Referenciada	35
23.	Validação Prévia de Procedimentos – VPP.....	36
24.	Divergências Médicas	37
25.	Coparticipação.....	39
26.	Prêmio Mensal.....	39
27.	Reajuste do Prêmio do Seguro.....	41
28.	Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária	45

29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados	46
30. Exclusão do Segurado	51
31. Cancelamento do Seguro	53
32. Responsabilidades do Estipulante	55
33. MECASAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro.....	58
34. Proteção de Dados Pessoais.....	64
35. Glossário.....	68
36. Foro	72
• Termo de Coberturas Adicionais.....	73
1. Transplantes de órgãos.....	73
2. Consulta ao Viajante.....	73
• Caderno de Benefícios Adicionais	74
1. Motorista Amigo da Saúde	74
2. Remoção Especial	74
3. Coleta Domiciliar de Exames	74
4. Concierge.....	74
5. Seguro Viagem.....	75
• Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação.....	78
Exato Quarto Coletivo	79
Exato Apartamento.....	80
Clássico Quarto Coletivo.....	81
Especial 100 (RC).....	83
Especial 100 (RM R1).....	85
Especial Mais	87
Executivo (R1).....	89
Executivo (R2).....	91
Executivo (R3).....	93
Prestige	95
• Características Essenciais dos Planos com Coparticipação	97
Exato Quarto Coletivo	98

Exato Apartamento	100
Clássico Quarto Coletivo	102
Especial 100 (RC).....	104
Especial 100 (RM R1).....	106
Especial Mais	108
Executivo (R1).....	110
Executivo (R2).....	112
Executivo (R3).....	114
Prestige	116

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Condições Gerais

SulAmérica Saúde PME

Modalidade Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Seguradora

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

2. Qualificação do Contratante

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

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não à rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente 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 E/OU HONORÁRIOS MÉDICOS.

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, REEMBOLSO DE CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E HONORÁRIOS MÉDICOS, RESPECTIVAMENTE.

4. Natureza do Contrato

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

5. Tipo de Contratação

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

6. Tipo de Segmentação Assistencial

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

7. Área Geográfica de Abrangência

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

8. Formação do Preço

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

9. Planos de Seguro

9.1 O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e está especificado na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME, que é parte integrante deste contrato na Segmentação Hospitalar com Obstetrícia..

9.2 O plano 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 imediatamente superior de acordo com as opções listadas no quadro abaixo e nas condições descritas nas cláusulas 9.3.1 e 9.3.2.

9.3.1 A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior, somente poderá ocorrer de acordo com as opções descritas nas cláusulas 9.4.1 – Planos sem Coparticipação e 9.4.2 – Planos com Coparticipação, nas formas descritas nas cláusulas 9.4.3 e 9.4.4 quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.4 Opção de Transferência para plano imediatamente superior**9.4.1 Planos sem Coparticipação**

De	Para
Exato Quarto Quarto Coletivo	Exato Apartamento ou Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Clássico Quarto Coletivo
Clássico Quarto Coletivo	Especial 100 RC ou Especial 100 RM R1
Especial 100 RC ou Especial 100 RM R1	Especial Mais
Especial Mais	Executivo (R1, R2, R3)
Executivo (R1, R2, R3)	Prestige

9.4.2 Planos com Coparticipação

De	Para
Exato Quarto Coletivo COP	Exato Apartamento COP ou Clássico Quarto Coletivo COP
Exato Apartamento COP	Clássico Quarto Coletivo COP
Clássico Quarto Coletivo COP	Especial 100 COP RC ou Especial 100 COP RM R1
Especial 100 COP RC ou Especial 100 COP RM R1	Especial Mais
Especial Mais	Executivo COP (R1, R2, R3)
Executivo COP (R1, R2, R3)	Prestige COP

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

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

9.4.5 **Não será permitida a transferência de Segurado de qualquer um dos planos constantes na cláusula 9.4.1 para qualquer um dos planos previstos na cláusula 9.4.2.**

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 contempladas pelo seu plano, estarão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME.

11. Contratação do Seguro

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

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

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

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

11.3 Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), filhos naturais ou adotivos solteiros com até 44 (quarenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade, do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

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

11.4 Todos os novos segurados que venham a fazer parte do Grupo Segurável definido na proposta de seguro deverão ser incluídos, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.

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

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

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

11.7.1 A documentação deverá ser entregue na Seguradora em até 72 (setenta e duas) horas da data da transmissão da Proposta de Seguro no sistema Cotador SulAmérica Saúde, devidamente assinada e acompanhada de todos os documentos obrigatórios.

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

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

Art 766

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

11.9 Contratação do Seguro por Empresário Individual

Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa - RN nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou qualquer outra que venha a substituí-la, que dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual, deverão ser observadas as condições a seguir:

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

11.9.2 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;

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

12. Inclusão de Segurados

- 12.1** O Segurado titular e/ou seu dependente(s) deverá(ão) cumprir(ão) os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado, bem como estará(ão) sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, independentemente da data da inclusão no Contrato.
- 12.1.1** O Segurado titular e/ou seu (s) dependente (s) incluído (s) dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data do evento que caracterizou sua condição de proponente, terá (ão) como data de início de vigência a mesma data de vigência do Contrato ou a data do evento que caracterizou sua condição de proponente.
- 12.1.2** O Segurado titular e/ou seu (s) dependente (s) incluído (s) após o prazo de 30 (trinta) dias contados da data de vigência do contrato ou da data do evento que caracterizou sua condição de proponente, terá (ão) como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do Contrato no mês subsequente a sua inclusão.
- 12.3** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para lesões e doenças preexistentes, desde que o Segurado Titular tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nestas Condições Gerais. Caso o Segurado Titular esteja cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta dias), a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo seu (sua) pai/mãe, e estará isento da cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, bem como na hipótese de inclusão do recém-nascido após 30 (trinta) dias da data do seu nascimento, aplicar-se-á as regras de carências estabelecidas nestas Condições Gerais e o dependente estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária.
- 12.4** O filho do Segurado Titular menor de 12 (doze) anos de idade, sendo: adotivo e/ou cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, poderá (ão) ser incluído (s) no Contrato com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado titular adotante e/ou Segurado Titular pai, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela, hipótese em que estará (ão) isento (s) de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes. Caso a inclusão ocorra após 30 (trinta) dias da data da adoção, guarda ou tutela, ou do reconhecimento da paternidade, o (s) dependente (s) deverá (ão) cumprir as carências estabelecidas nestas Condições Gerais e estará (ão) sujeito à Cobertura Parcial Temporária.
- 12.5** O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora, sempre que for solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a elegibilidade de todos os Segurados incluídos no Contrato.

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

- a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;
- b) Proposta de Seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- c) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo Proponente;
- d) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- e) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar, pela Instituição de ensino, todas sob carimbo;
- f) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, na forma de seus atos constitutivos, ou em ambas as situações mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- g) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratório lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte, RNE - Registro Nacional de Estrangeiros e outros documentos que a Seguradora julgar necessários;
- h) Contas de consumo que comprovem o endereço da Estipulante;
- i) Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes;
- j) Além de documentos que comprovem a elegibilidade dos segurados o Empresário Individual deverá apresentar documentos que comprove a sua inscrição nos órgãos competentes, documento de identidade do titular inscrito no órgão competente, documentos que comprovem a atividade econômica exercida, sua regularidade junto à Receita Federal, e outros que a Seguradora julgar necessários.

14. Formas de Inclusão**14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro**

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no sistema da Seguradora “MECSAS” e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. Ao efetivar a solicitação de inclusão, o aplicativo/sistema,

indicará a necessidade do envio de documentos a Seguradora para liberação da inclusão.

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

Quando não for possível a utilização do “MECSAS”, a Empresa utilizará a movimentação manual, oportunidade na qual deverá entregar à Seguradora na ocasião da inclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Seguradora.

14.2.1 Os cartões proposta/declaração de saúde preenchido 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.

14.2.2 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, considerando nova data para início de vigência do seguro.

15. Coberturas e Procedimentos Garantidos

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

15.1 Cobertura Assistencial

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

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

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

15.1.3 Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, e demais insumos necessários para realização dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante à ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

- 15.1.4** Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, com ou sem intenção de suicídio.
- 15.1.5** As lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por 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** Cobertura dos procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.
- 15.1.7.1** Todas as escopias listadas Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.
- 15.1.8** Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- 15.1.8.1** Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.
- 15.1.9** Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada, bem como de sua manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do médico assistente.
- 15.1.10** No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise 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 Hospitalar

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

15.2.1 Cobertura de Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos habilitados pela vigilância sanitária para prestar atendimento ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde que possua a devida competência.

15.2.1.1 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada na acomodação contratada é garantido ao

Segurado o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

- 15.2.1.2** Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias, contínuos ou não de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.
- 15.2.2** Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente.
- 15.2.3** Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Segurado, durante o período de internação.
- 15.2.3.1** Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 15.2.4** Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.
- 15.2.5** Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.2.6** Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
- a)** que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b)** que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.2.7** Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

- 15.2.7.1** Caberá ao médico assistente determinar as características das Órteses, Próteses e dos Materiais Especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.2.7.2** O médico assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.
- 15.2.7.3** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Seguradora, de acordo com o disposto nestas Condições Gerais na cláusula 24 Divergências Médicas.
- 15.2.8** Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante o período de internação.
- 15.2.9** Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que inclui:
- a)** acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
 - b)** acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas com deficiência. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
 - c)** exclusivamente a acomodação, para os segurados maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.
- 15.2.10** Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.
- 15.2.11** Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases

medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar.

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

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

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

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

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

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

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

c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e;

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

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Seguradora do segurado receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também

o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), EXCETO medicamentos de manutenção; e

- d)** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao segurado receptor.

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

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

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

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

15.2.14.4 As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

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

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

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substância psicoativa
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F 30 e F 31	Transtornos do Humor
F 84	Transtornos globais do desenvolvimento

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

15.3 Cobertura Obstétrica

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

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

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

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

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

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

15.4 Remoção

Remoção por via terrestre do segurado comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica e área de atuação previstos no contrato, em território brasileiro, respeitado as condições descritas a seguir.

15.4.1 O Segurado que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido por via terrestre e a partir da ciência da Seguradora, desde que

haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio Segurado ou de seu responsável:

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

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

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

Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada

16. Exclusões de Cobertura

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

- 16.1 Consultas médicas, exceto as relacionadas ao acompanhamento pré-natal, quaisquer exames e terapias realizados em regime ambulatorial, exceto os relacionados ao pré-natal, internação ou relacionados à continuidade da assistência prestada durante a internação;
- 16.2 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 16.3 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM, ou realizadas em estabelecimentos que não possuem alvará da vigilância sanitária ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde;
- 16.4 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 16.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 16.6 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
- 16.7 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e *Home Care*, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- 16.8 Tratamentos para dependência química em estabelecimentos que não sejam entidades hospitalares;
- 16.9 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 antineoplásico orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;**
- 16.14 Vacinas e auto vacinas;**
- 16.15 Inseminação artificial e/ou fertilização in vitro;**
- 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 à 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 registradas no país ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;**
- 16.21 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, 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 Hospitalar com Obstetrícia.

17. Vigência e Condições de Renovação Automática

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

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

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

17. Carência

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

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

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

18.1 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

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

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência da segurada para consultas médicas com ginecologista obstetra, ultrassonografias obstétricas sem doppler e outros exames laboratoriais básicos necessários ao acompanhamento do processo gestacional, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

- c) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias obstétricas com doppler, cateterismos cardíacos, arteriografias, angioplastias, quimioterapia, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, dopplerfluxometria obstétrica e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;
- d) Grupo de carência 3:
300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo;
- e) Grupo de carência 4:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes de órgãos e tecidos e todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Orteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis).
- f) Grupo de carência 5:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas incluindo hospital dia.

19. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o segurado ou seu representante legal, saiba 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 assumo o ônus financeiro dessa orientação.
- 19.4 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

- 19.5** Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- 19.6** Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- 19.7** Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 19.7.1** Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.
- 19.8** Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 19.9** Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.
- 19.10** A Seguradora poderá oferecer 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** ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 19.14** Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- 19.15** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- 19.16** Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.

20. Atendimento de Urgência e Emergência

- 20.1** A partir do início de vigência da adesão do segurado a cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com as condições descritas a seguir.
- 20.1.1** Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.
- 20.1.2** Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.
- 20.1.3** Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.
- 20.2** Nos casos de urgência e emergência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 20.3** Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Segurada terá cobertura

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

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

que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, e se houver necessidade de remoção, deverá observar todas as condições da cláusula 15.5 - Remoção destas Condições Gerais.

20.9 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência pela rede referenciada do plano contratado e tenha sido necessário o desembolso de qualquer valor para atendimento, o Segurado poderá solicitar o reembolso à Seguradora, desde que o atendimento tenha ocorrido dentro da abrangência geográfica e da área de atuação do plano contratado. 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 plano, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega completa da documentação necessária, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

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 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.

21.2.1 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.

21.3 REGRAS DO REEMBOLSO

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

21.3.1 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.

21.3.1.1 Não obstante o constante na cláusula 21.3.1, para fins de prevenção de fraudes e nos termos da Resolução Normativa nº 529/2022, à Seguradora é resguardado o direito de formular questionamentos e de solicitar documentos complementares em caso de dúvidas, bem como de realizar auditorias quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos acima e/ou a confirmação de qualquer outra informação e/ou elemento apresentado quando da solicitação de reembolso.

21.3.2 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.

21.3.3 Tabela SulAmérica Saúde

21.3.3.1 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.

21.3.3.2 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.

21.3.3.3 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.

21.3.4 Para o cálculo de reembolso serão considerados:

- 21.3.4.1** Unidade de Serviço (US) - É o quantitativo definido para cada procedimento, conforme descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados na rede referenciada.
- 21.3.4.2** 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.
- 21.3.4.3** 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.**
- 21.3.4.4** 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.
- 21.3.4.5** O reajuste do valor da USR não está de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.
- 21.3.4.6** O valor do reembolso será calculado em moeda corrente nacional, conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

* 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

21.3.5 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.

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

- 21.3.7 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.
- 21.3.8** O valor reembolsado não será, em hipótese alguma, superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado pelas respectivas despesas.
- 21.3.9 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.
- 21.3.10** 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.
- 21.3.11** 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.
- 21.3.12 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.
- 21.3.13 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;
 - 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.

21.3.14 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).

21.3.15 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.

21.3.16 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.

21.3.17 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.

21.3.18 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.

21.3.19 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.

21.3.20 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.

21.3.20.1 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.

21.3.20.2 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.

21.3.21 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.

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

21.3.23 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.

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

21.3.25 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.

21.3.26 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.

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

21.3.27 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.

- 22.2** A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente seguro.
- 22.3** Nestas situações, o segurado não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia e o plano contratado.
- 22.4** As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada.
- 22.5** A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.
- 22.5.1** A relação contendo toda movimentação da rede referenciada estará disponível no site sulamerica.com.br, e na Central de Serviços SulAmérica Saúde.
- 22.6** Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.
- 22.7** Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação do Cartão Digital SulAmérica Saúde, documento de identidade e validação prévia de procedimentos, quando necessária.
- 22.8** A relação da rede referenciada será disponibilizada por meio do website www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica Saúde.
- 22.9** O Segurado, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede referenciada, deverá contatar a Seguradora para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Segurado, previstos na Resolução Normativa nº 566/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 22.10** Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede referenciada da SulAmérica no município de demanda do Segurado, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS.
- 23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP**
- 23.1** Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia, a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.**23.1.2 Remoções.****23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.**

- a) **Serviços auxiliares de diagnose**, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), realizados durante a internação ou relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação.
- b) **Serviços auxiliares de terapia**, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações e monitorização de pressão intracraniana, realizados durante a internação ou relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação.

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

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

24. Divergências Médicas

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

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

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

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

- 24.3** A Seguradora deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.
- 24.4** No caso de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS deverão ser observadas as seguintes disposições:
- 24.4.1** Caberá ao médico assistente determinar as características das órteses, próteses e dos materiais especiais necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- 24.4.2.** O médico assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.
- 24.5** A junta médica deve ser composta somente por médicos. Poderá integrar como desempatador um médico, se convidado, em comum acordo entre médico assistente e o médico da Seguradora, para opinar em assuntos de sua competência.
- 24.6** A Seguradora deverá notificar, simultaneamente, o médico assistente e o Segurado, ou seu representante legal. A notificação deverá conter:
- a)** a identificação do médico da Seguradora responsável pela avaliação do caso;
 - b)** os motivos da divergência técnico-assistencial;
 - c)** a indicação de quatro médicos para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;
 - d)** o prazo para a manifestação do médico assistente;
 - e)** a informação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do médico assistente quanto à indicação do médico desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Seguradora, dentre os indicados, do médico desempatador;
 - f)** a informação de que o Segurado ou médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;
 - g)** a informação de que a ausência não comunicada do Segurado, no caso de junta presencial, desobriga a Seguradora de cobrir o procedimento solicitado.
- 24.7** O médico assistente tem o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 24.6 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da Seguradora que motivou a divergência técnico-assistencial.
- 24.8** A junta deverá ser concluída com a elaboração de parecer técnico do médico desempatador, devendo tal parecer ser informado pela Seguradora em até 02 (dois) dias úteis ao Segurado e ao profissional assistente.

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

25. Coparticipação

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

25.1 Coparticipação em atendimento em pronto socorro

Incidirá coparticipação quando o Segurado titular ou dependente realizar atendimento em pronto socorro. A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à Rede Referenciada ou sobre o valor do Reembolso, limitado ao valor descrito em reais nas Características Essenciais dos Planos com Coparticipação, na Tabela de Coparticipação.

25.2 Coparticipação em Internação Hospitalar não Psiquiátrica

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

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

25.3 O valor fixo de coparticipação definido em reais poderá ser reajustado sempre no mês de maio de cada ano, na forma prevista na cláusula 27.1.3.

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

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

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

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

26. Prêmio Mensal

- 26.1** A formação do preço deste Contrato é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.
- 26.2** A responsabilidade pelo pagamento total do prêmio será do Estipulante, salvo os segurados mantidos no Contrato pela previsão dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656 de 1.998.
- 26.3** O Estipulante obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, por meio de emissão de faturas.
- 26.4** A data do vencimento dos prêmios mensais será correspondente ao dia subsequente em que ocorreu a primeira quitação bancária. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.
- 26.5** O valor mensal per capita e acertos de valores decorrentes de alterações de planos, de inclusões e exclusões de Segurados serão cobrados na fatura mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.
- 26.6** Se o Estipulante não receber a fatura mensal que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-la diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 26.7** Não haverá distinção quanto ao valor do prêmio entre os Segurados que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a este já vinculados.
- 26.8** Os prêmios serão pagos até seus respectivos vencimentos. Ocorrendo impontualidade no pagamento do prêmio, será cobrada multa de 2%, além de juros e correção.
- 26.9** O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do Contrato a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.
- 26.10** O direito às coberturas deste Contrato será readquirido mediante identificação do pagamento do prêmio em atraso através da compensação bancária ou ainda pela apresentação do comprovante de pagamento junto à Seguradora.
- 26.11** O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 60 (sessenta) dias resultará no cancelamento do Contrato e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento, exceto nos casos em que o Estipulante solicitou o cancelamento do Contrato com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.
- 26.12** O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.

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

27. Reajuste do Prêmio do Seguro

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

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

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

27.1.1 Apuração da quantidade de vidas

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

27.1.2 Cálculo do Percentual de Reajuste Único

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

27.1.3 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

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

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

multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

27.1.3.3 A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no Índice de **Varição dos Custos Médicos Hospitalares - IVCMH**.

27.1.4 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

27.1.4.2 Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa – **RN nº 565/2022**, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 26.1.1.

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

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

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

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

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

Em que:

IRS = Índice de Reajuste da Sinistralidade;

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

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

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

0,65 = Índice Máximo de Sinistralidade.

27.1.5 Percentual de Reajuste Único - PRU

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

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

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

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

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

27.1.6 Aplicação do Percentual de Reajuste Único

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

27.1.7 Comunicação do Percentual de Reajuste Único

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

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

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

27.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

27.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

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

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

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

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

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

0,65 = Índice Máximo de Sinistralidade.

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

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

Em que:

R = Reajuste

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

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

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

28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

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

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

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

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

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

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

28.3 Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

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

29. Extensão de Cobertura Assistencial para Demitidos e Aposentados

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

29.1 Ex-empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

29.1.1 Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o seguro-saúde, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

29.1.2 O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o seguro saúde, na vigência da Lei nº 9656/98, ou produtos sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

29.1.3 Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento do desligamento ou exoneração, sem justa causa, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 30 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro saúde.

- 29.1.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- a)** Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
 - b)** É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 29.1.5** Em caso de morte do Segurado Titular, 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 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 29.1.2.
- 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 existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

29.2 Ex-empregado Aposentado

- 29.2.1** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência de 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 empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro saúde, contratado na vigência Lei nº 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.
- 29.2.3** Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo

31 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro saúde.

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

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

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

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

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

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

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

29.3 Da Mudança de Operadora

29.3.1 No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo Estipulante, mediante a contratação sucessiva de mais de uma Operadora, serão considerados para fins de aplicação dos direitos previstos no 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 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 contribuiu a qualquer tempo, com o benefício, de acordo com os critérios definidos neste documento e na Cartilha de Extensão de Benefício do Seguro Empresarial aos Segurados Contributários Demitidos ou Exonerados Sem Justa Causa e/ou Aposentados. Esta Cartilha está disponibilizada no Portal SulAmérica Saúde (www.sulamerica.com.br/saudeonline), módulo Empresa.

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

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

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

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

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

29.6 Responsabilidades do Estipulante

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

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

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

29.6.2.1 A exclusão será aceita pela Seguradora, sendo de responsabilidade do Estipulante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Segurado, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 488/2022 conforme cláusula anterior.

29.6.2.2 A Seguradora disponibiliza formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, sendo obrigatório o envio deste documento devidamente preenchido, para que a exclusão seja processada, quando o ex-empregado contribuiu a qualquer tempo com o seguro saúde, nesta Seguradora ou em Operadora anterior, e optou pela extensão do benefício, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

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

- a) Formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, definido pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado,

disponibilizado no Portal SulAmérica Saúde Online (www.sulamerica.com.br/saudeonline);

- b) Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;
- c) Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria;
- d) Se aposentado falecido, Concessão de Aposentadoria e Certidão de Óbito.

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

29.8 Disposições Gerais

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

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

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

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

29.8.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 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;
- 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;

30.3 Formas de Exclusão

30.3.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no sistema da Seguradora "MECSAS" e através das informações fornecidas serão definidas de forma automática o fim de vigência, sendo obrigatório o envio de documentos que comprovem a perda do vínculo com o Estipulante para que a exclusão seja processada.

30.3.2 Movimentação Manual de Cadastro

A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário de exclusão fornecido pela Seguradora, denominado Manutenção de Beneficiário e o Termo de Opção e Transferência do Segurado, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa. O fim de vigência será o último dia do mês de competência da data da contratação do seguro com base no protocolo de entrega na Seguradora.

31. Cancelamento do Contrato

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

31.1.1 O cancelamento imotivado do Contrato por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após os 12 (doze) meses de contrato e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

31.2 Cancelamento do Contrato 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 Contrato por iniciativa da Seguradora

31.3.1 O Contrato 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 3 (três) vidas;
- c) Inadimplência superior a 60 (sessenta) dias;
- 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, indícios de fraudes ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados;
- f) 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 Contrato 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 na proposta 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 no 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 31.4.2.1.

31.4.2 Nos casos em que o Estipulante solicitar o cancelamento do seguro antes de completar o período inicial de vigência, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 31.3.1, deverá comunicar a Seguradora com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

31.4.2.1 O Estipulante, no caso de cancelamento do contrato antes de completar o período inicial de vigência, deverá pagar também prêmio complementar, equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas emitidas nos últimos 12 (doze) meses, acrescida das média dos boletos emitidos aos demitidos/aposentados vinculados ao contrato no mesmo período . Nos contratos que vigeram por período inferior a 12 (doze) meses, o valor do prêmio complementar será equivalente a 3 (três) vezes ao valor da média das faturas emitidas durante o período em que o contrato esteve ativo, acrescida das médias dos boletos emitidos aos demitidos/aposentados vinculados ao contrato no mesmo período.

31.4.3 O prêmio complementar também será cobrado nos casos em que a Seguradora cancelar o contrato pelos motivos definidos na cláusula 31.3.1, além da cobrança dos prêmios vencidos, adotando-se o mesmo parâmetro definido no item 31.4.2.1 acima para cálculo do valor a ser pago.

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

32. Responsabilidades do Estipulante

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

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

- a)** entregar ao Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no seguro;
- b)** entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
- c)** disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

32.3 O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a

facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

- 32.4** A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio do website www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 32.5** O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões Físico SulAmérica Saúde, se houver, nos casos de desligamento dos Segurados ou imediatamente após o cancelamento do seguro.
- 32.6** O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.
- 32.7** O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.
- 32.7.1** Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:
- 32.7.1.1** O Estipulante do contrato será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.
- 32.7.1.2** A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Estipulante.
- 32.8** O Estipulante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais ou administrativos movidos por seus Segurados, relativos ao seguro saúde objeto da presente avença, incluindo-se inclusive os valores de eventuais procedimentos não cobertos que seja o Estipulante obrigado a arcar, obrigando-se o Estipulante a ressarcir a Seguradora, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Segurados principais 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, a Política de Anticorrupção da Seguradora e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do <https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/sobre-a-sulamerica/codigo-de-etica/>;
- b) não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada na Política de Risco Socioambiental da SulAmérica disponível no link <https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/sobre-a-sulamerica/codigo-de-etica/>.

32.11 Ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde

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

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

32.11.2 Após notificação da ANS, 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. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

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

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

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

33.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

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

33.2.2 O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais do contrato em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo -

as movimentações disponíveis no cadastro de segurados e através do recurso Importar Lote.

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

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

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

33.3 Requisitos Técnicos

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

33.4 Direitos do Autor

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

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

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

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

33.5 Garantias e responsabilidades

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

Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o software. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.

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

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

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

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

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

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

33.5.8 Após o preenchimento dos dados dos segurados (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade da Contratante ou da Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada, para que as

movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.

- 33.5.9** A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
- 33.5.10** A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive, pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
- 33.5.11** Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo, nestes casos, o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
- 33.5.12** Havendo substituição ou desligamento do usuário master, a Contratada deverá receber notificação para troca do responsável e interromper o acesso do usuário anterior.
- 33.5.13** A Contratante, neste ato, responsabiliza-se, em caráter irretratável e irrevogável, por quaisquer reclamações ou outros atos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser intentados por seus segurados contra a Contratada, a qualquer tempo, relacionados à incorreção das informações prestadas pela Contratante no MECSAS, bem como, por irregularidade na correspondente documentação, respondendo, integralmente, pelo pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos que houver.
- 33.5.14** Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 488/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é de responsabilidade da Contratante a concessão do benefício de manutenção do plano de assistência à saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do segurado à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, a Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e

demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus segurados.

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

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

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

33.6 Vigência

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

33.7 Elegibilidade

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

administrativas, em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada, após a devida regularização do processo.

33.7.2 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 488/22, de 29 de março de 2022 determina que, as movimentações de exclusão de segurados deverão preceder de informações relativas à sua motivação, o que será feito por meio de perguntas, elencadas no artigo 11 da mencionada norma. Referidas perguntas serão incluídas no sistema MECASAS e deverão ser respondidas pela Contratante ou Corretora Nomeada.

33.7.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos segurados, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, a Contratante, a manter em seu poder os documentos comprobatórios da opção de manutenção do plano de saúde, disponibilizando-os sempre que solicitado pela Contratada, conforme cláusula 33.7.4 do presente Termo.

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

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

33.8 Utilização e acesso

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

33.8.1 No momento da contratação, a Contratante deverá optar pela utilização da ferramenta MECASAS WEB na Corretora e/ou Empresa, responsabilizando-a pelas movimentações descritas na cláusula **33.2.2**.

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

33.9 Políticas de privacidade

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

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

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

33.10 Direito e jurisdição aplicáveis

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

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

34. Proteção de Dados Pessoais

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

decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, garantindo que, caso o escopo do objeto deste Contrato inclua o tratamento de dados pessoais, não haverá violação das disposições da referida legislação, respeitadas, ainda, as demais disposições a seguir.

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

- a) “DADOS PESSOAIS”: qualquer informação relativa a uma pessoa natural identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”);
- b) “DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS”: é o dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados nesta cláusula conjuntamente como “DADOS”;
- c) “TRATAMENTO”: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

- d) “CONTROLADOR”: parte que determina as finalidades e os meios de TRATAMENTO de DADOS. No caso da presente cláusula, o CONTROLADOR é tanto a SULAMÉRICA quanto a ESTIPULANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES ou PARTES;
- e) “OPERADOR”: parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso da presente cláusula, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos CONTROLADORES, respeitando-se as regras desta cláusula.
- f) “Encarregado pelo Tratamento” (DPO): pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o CONTROLADOR, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”); e,
- g) “PARTE” ou “PARTES”: SULAMÉRICA e ESTIPULANTE, quando referidos individual ou conjuntamente.

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

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

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

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

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

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

34.5 Os CONTROLADORES deverão manter sigilo em relação aos DADOS que não forem manifestamente públicos, ao TRATAMENTO dos DADOS, bem como em

relação ao resultado do TRATAMENTO em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a realizarem tais atividades estejam comprometidas ao dever de confidencialidade, de forma expressa e por escrito, e devidamente instruídas e capacitadas para o referido TRATAMENTO.

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

- (a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;
- (b) Acesso aos DADOS;
- (c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- (e) Portabilidade dos DADOS;
- (f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento, quando aplicável;
- (g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de DADOS; e,
- (h) Revogação do consentimento, quando aplicável.

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

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

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

34.7.2 Caso um CONTROLADOR seja demandado por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente de DADOS que estejam sob responsabilidade do outro CONTROLADOR ou

em virtude de descumprimento das obrigações estabelecidas na Lei 13.709/2018 e outras regulamentações pertinentes, fica garantido ao CONTROLADOR demandado o direito de denúncia da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

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

- (i) data e hora do incidente;
- (ii) data e hora da ciência pelo CONTROLADOR responsável;
- (iii) relação dos tipos de DADOS afetados pelo incidente;
- (iv) número de TITULARES afetados;
- (v) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;
- (vi) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;
- (vii) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e
- (viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

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

34.8.2 Os CONTROLADORES responsabilizam-se integralmente por toda e qualquer informação fornecida ao outro CONTROLADOR em razão do incidente, respondendo, administrativa e judicialmente (civil e criminal) pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das informações prestadas observada o item 34.8.

34.8.3 Na ocorrência de incidente, além das obrigações já previstas neste item, o CONTROLADOR responsável pelo incidente se compromete a prestar toda a colaboração necessária na ocorrência de qualquer investigação ou em

qualquer outra hipótese de exercício regular de direitos do outro CONTROLADOR.

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

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

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

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

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

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

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

35. Glossário

35.1 Abrangência Geográfica

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

35.2 Acidente Pessoal

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

35.3 Assistência Domiciliar / Home Care

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

35.4 Atendimento Ambulatorial

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

35.5 Carência

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

35.6 Cartão Proposta

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

35.7 Cartão SulAmérica Saúde

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

35.8 Categoria Funcional

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

35.9 Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

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

35.10 Cobertura Parcial Temporária

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

Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

35.11 Coparticipação

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

35.12 Corretor de Seguros

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

35.13 Dependentes Seguráveis

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

35.14 Doenças e Lesões Preexistentes

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

35.16 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.

35.17 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.

35.18 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

35.19 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.

35.20 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.

35.21 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.

35.22 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.

35.23 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.

35.24 Planos de Seguro

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

35.25 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.

35.26 Procedimentos de Alta Complexidade

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

35.27 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.

35.28 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.

35.29 Rede Referenciada

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

35.30 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.

35.31 Segurado

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

a) Segurado Titular

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

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

35.32 Sinistralidade

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

35.33 Sinistro

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

35.34 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

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

36. Foro

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

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 e podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

1. 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 e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

2. Consulta do Viajante

Consulta médica preventiva exclusivamente na rede credenciada 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.

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.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Estipulante.

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

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, tele-mensagens, 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 SUPERINTENDÊNCIA 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 emitida 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 relacionadas 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.

Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo sem Coparticipação

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496001237

Coparticipação: Não

Reembolso: Reembolso de 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. Benefício Adicional

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Apartamento sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496003233

Coparticipação: Não

Reembolso: 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. Benefício Adicional

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Quarto Coletivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496005230

Coparticipação: Não

Reembolso: 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: 2,45

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

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

3. Rede Referenciada

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

4. Benefício Adicional

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

- 4.1 Seguro Viagem Nacional - item 5.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.**
- 5. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100 sem Coparticipação “RC”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496009232

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência

2. Reembolso

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

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, 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, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

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

4. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado no Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Especial 100 sem Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496011234

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência 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

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa

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

3. Rede Referenciada

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

4. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado no Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Especial Mais sem Coparticipação

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496501239

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência 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

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

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

3. Rede Referenciada

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

4. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado no Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Executivo sem Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496015237

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

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

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

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

3. Rede Referenciada

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

4. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado no Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Executivo sem Coparticipação “RM R2”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496017233

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

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

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa

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

3. Rede Referenciada

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

4. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado no Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Executivo sem Coparticipação “RM R3”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496019230

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

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

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa

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

3. Rede Referenciada

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

4. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado no Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

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

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Prestige sem Coparticipação

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495999230

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
22,23	15,0

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coberturas Adicionais

Serão garantidas aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige 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 Transplantes de órgãos – cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Consulta do Viajante – cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. 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.

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

5.2 Remoção Especial - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.3 Coleta Domiciliar de Exames - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.4 Concierge - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais

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

5.6 Seguro Viagem Internacional - item 5.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

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

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

Características Essenciais dos Planos com Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
 Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo com Coparticipação

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496002235

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: 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. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 129,08
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 330,43

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está especificado 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 com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496004231

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: 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. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 129,08
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 330,43

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está especificado 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 com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 496006238

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: 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: 2,45

2.2 Reembolso no Exterior

2.2.1 Será garantido o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico, na acomodação quarto coletivo.

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação**4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais****4.2 Tabela de Coparticipação**

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 129,08
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 330,43

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

5. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados deste plano o Benefício Adicional a seguir, o qual está especificado 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 com Coparticipação “RC”

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496010236

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: 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: 3.34

2.2 Reembolso no Exterior

2.2.1 Será garantido o reembolso das despesas de consultas médicas de urgência e emergência, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100, na acomodação apartamento.

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 144,56
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 516,30

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

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. 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 PME
Segmentação Hospitalar com Obstetrícia**

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496012232

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência 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

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 144,56
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 516,30

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

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. 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 PME
Segmentação Hospitalar com Obstetrícia**

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496502237

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

Cláusulas 21.1 e 21.2 das Condições Gerais – Reembolso de Consultas Médicas de Urgência e Emergência 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

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

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação**4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais****4.2 Tabela de Coparticipação**

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 144,56
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 516,30

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

5. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado 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.

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo com Coparticipação “RM R1”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496016235

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

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

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 330,43
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 588,58

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

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado 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

Executivo com Coparticipação “RM R2”

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496018231

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

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

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 330,43
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 588,58

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

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado 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

Executivo com Coparticipação “RM R3”

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 495997233

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

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

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

2.2.1 O reembolso das consultas médicas de urgência e emergência, e dos honorários médicos, comprovadamente pagos, realizadas no Exterior, será

feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação

4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais

4.2 Tabela de Coparticipação

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 330,43
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 588,58

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

5. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados deste plano os Benefícios Adicionais a seguir, o qual está especificado 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

Prestige com Coparticipação

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

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

1. Registro do Plano na ANS

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

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 496000239

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Consultas Médicas de Urgência e Emergência e Honorários Médicos

2. Reembolso

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

2.1 Múltiplo de Reembolso

Segurado não internado	Segurado Internado
Consultas Médicas*	Honorários Médicos
22,23	15,0

(*) Consultas Médicas de Urgência e Emergência

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

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

3. Rede Referenciada

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

4. Coparticipação**4.1 Conforme descrito na cláusula 25 das Condições Gerais****4.2 Tabela de Coparticipação**

Evento	Percentual	Valor em Reais por Evento*
Atendimento Pronto Socorro	30%	R\$ 361,41
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 722,82

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

5. Coberturas Adicionais

Serão garantidas aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige 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.

5.1 Transplantes de órgãos – cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 Consulta do Viajante – cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. 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.

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

5.2 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.