

instrumento de assistência à saúde

condições gerais

mix

Mix Litoral 100 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 495.378/23-9
Mix Litoral 100 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 495.377/23-1
Mix Litoral 200 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 495.376/23-2
Mix Litoral 200 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 495.375/23-4

Mix SP 100 com coparticipação Apartamento Reg. ANS 494.664/23-2
Mix SP 100 com coparticipação Enfermaria Reg. ANS 494.667/23-7
Mix SP 100 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 494.666/23-9
Mix SP 100 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 494.669/23-3

Mix SP 200 com coparticipação Apartamento Reg. ANS 494.663/23-4
Mix SP 200 com coparticipação Enfermaria Reg. ANS 494.662/23-6
Mix SP 200 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 494.665/23-1
Mix SP 200 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 494.668/23-5

Mix 100 com coparticipação Apartamento Reg. ANS 492.299/22-9
Mix 100 com coparticipação Enfermaria Reg. ANS 492.297/22-2
Mix 100 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 492.285/22-9
Mix 100 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 492.286/22-7

Mix 200 com coparticipação Apartamento Reg. ANS 492.300/22-6
Mix 200 com coparticipação Enfermaria Reg. ANS 492.298/22-1
Mix 200 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 492.284/22-1
Mix 200 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 492.283/22-2

Mix 300 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 498.467/24-6
Mix 300 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 498.466/24-8
Mix 400 sem coparticipação Apartamento Reg. ANS 498.465/24-0
Mix 400 sem coparticipação Enfermaria Reg. ANS 498.464/24-1

Dezembro/2024

CENTRAL DE ATENDIMENTO

São Paulo e Gde. São Paulo

Litoral

(11) 3293-1515

(13) 3308-3020

Informações institucionais, reclamações ou cancelamentos.

0800 770 4333

Trasmontano
Saúde

Centro Trasmontano de São Paulo | Rua Tabatinguera, 294 | Centro | São Paulo | SP | 01020-903

ANS - nº 30362-3

CONDIÇÕES GERAIS DO INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Contrato Coletivo Empresarial

TEMA I. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

De um lado, como contratada **CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO**, inscrito no CNPJ/MF sob número 62.638.374/0001-94, com sede no Centro da Capital do Estado de São Paulo, à Rua Tabatinguera, nº 294, CEP: 01.020-903, doravante denominado **TRASMONTANO**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 30362-3 e classificada como Empresa de Medicina de Grupo.

TEMA II. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

De outro lado, Pessoa Jurídica devidamente identificada na Proposta Comercial/Proposta de Adesão que passa a fazer parte integrante e complementar do presente contrato.

TEMA III. DADOS GERAIS DO PRODUTO

Os dados gerais do produto, incluindo Nome Comercial, Número de Registro, Tipo de Contratação, Segmentação Assistencial, Variações de Percentuais de Faixas Etárias, Área Geográfica e Abrangência estão descritos no termo - Condições Específicas de Produto, parte integrante deste contrato.

Formação de Preço: Pré-Pagamento.

TEMA IV. NATUREZA DO CONTRATO

CLÁUSULA 1. Trata-se de contrato bilateral, contemplando direitos e obrigações para ambas as partes, nos termos da legislação civil em vigor, aplicando-se em especial os dispositivos inseridos nos artigos 458 a 461 da Lei 10.406, de 10 de Janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), caracterizando-se como contrato de adesão, na forma do disposto no art. 54 da Lei 8.078, de 11 de Setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

TEMA V. ATRIBUTOS DO CONTRATO

CLÁUSULA 2. O presente contrato coletivo tem por objeto a prestação continuada, dentro dos limites estabelecidos para cada evento nestas Condições Gerais, obedecendo aos parâmetros estabelecidos pela Lei 9.656/98, de 3 de Junho de 1998, e respectiva legislação suplementar, de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência médica hospitalar, inclusive obstétrica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, sem limite financeiro, aos **BENEFICIÁRIOS** devidamente incluídos no contrato.

TEMA VI. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

CLÁUSULA 3. O Plano privado de assistência à Saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, determinando assim o **BENEFICIÁRIO** Titular.

O vínculo à Pessoa Jurídica **CONTRATANTE** poderá abranger ainda:

3.1. BENEFICIÁRIOS Titulares:

I. Os sócios da Pessoa Jurídica **CONTRATANTE**;

II. Os administradores da Pessoa Jurídica **CONTRATANTE**;

III. 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 9.656/98;

IV. Os agentes políticos;

V. Os trabalhadores temporários;

VI. Os estagiários e menores aprendizes.

3.2. BENEFICIÁRIOS Dependentes:

O grupo familiar composto por:

I. Cônjuge;

II. Companheiro (a);

III. Filhos (as) naturais ou adotivos, solteiros (as) ou enteados, até 30 anos incompletos;

IV. Tutelados (as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos incompletos, de acordo com as Regras do Código Civil e Estatuto da Criança e do Adolescente.

CLÁUSULA 4. O ingresso do grupo familiar previsto na cláusula 3, item 3.2 dependerá da participação do **BENEFICIÁRIO** Titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA 5. Para que os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** sejam admitidos no Contrato, em qualquer dos planos, deverá ser apresentada a comprovação do vínculo do **BENEFICIÁRIO** Titular com a **CONTRATANTE**, bem como o vínculo do **BENEFICIÁRIO** Titular e seu dependente.

CLÁUSULA 6. No momento da admissão será obrigatório o preenchimento da Declaração de Saúde acompanhada da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, para inclusão no plano, nas seguintes hipóteses:

6.1. Nos contratos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**.

6.2. Se durante a vigência do contrato, for atingido o número de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** ou mais e o pedido de ingresso do plano se der após o período de 30 (trinta) dias da sua vinculação à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA 7. A CONTRATANTE se compromete a informar, na data de assinatura do Contrato, em formulário próprio a ser encaminhado pelo **TRASMONTANO**, todos os **BENEFICIÁRIOS** que se encontrem afastados e/ou internados, seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente domiciliar (home care), para que o **TRASMONTANO**, se for o caso, providencie a remoção do **BENEFICIÁRIO** para sua Rede Própria ou Credenciada e/ou, através desta, possa dar continuidade ao tratamento. Caso seja feita a opção de manutenção dos recursos anteriores e, por qualquer razão, o **TRASMONTANO** venha a ser obrigado a custear a continuidade do tratamento do **BENEFICIÁRIO** (ainda que não informado no relatório acima citado) fora de sua Rede Própria ou Credenciada, a **CONTRATANTE** se responsabilizará pelo pagamento, ao **TRASMONTANO**, da diferença entre as despesas que esta teria em sua Rede Própria ou Credenciada e as despesas cobradas pelos recursos anteriores, aos quais fora obrigado a custear.

CLÁUSULA 8. Comprovação de regularidade da CONTRATANTE:

O **TRASMONTANO** exigirá, no momento da contratação, a documentação a seguir:

I. Cópia do Contrato Social devidamente registrado, ou Para Sociedade Comercial: Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial; Para Sociedade Civil: Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório; Para Sociedade Anônima: Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial; Para associações, sindicatos, federações e outras entidades: Estatuto Social ou ato constitutivo equivalente e Ata de eleição da diretoria ou equivalente, devidamente registrados nos órgãos competentes;

II. Requerimento de empresário atualizado e registrado na Junta Comercial, ou;

III. Micro empreendedor individual - MEI (120 dias da abertura);

IV. Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato (exclusivo MEI);

V. Cópia do CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) atualizado.

CLÁUSULA 9. Comprovação dos BENEFICIÁRIOS Titulares:

Para inclusão dos funcionários com vínculo empregatício:

I. Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou

II. Atestado de Saúde Ocupacional (ASO); ou

III. Cópia da Carteira de Registro Profissional; ou

IV. Registro de Empregados em papel timbrado;

- V.** Para sócios e administradores: documento societário comprobatório do vínculo com a **CONTRATANTE**;
- VI.** Para estagiários e menores aprendizes: Contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade;
- VII.** Para trabalhadores temporários: contrato de trabalho temporário entre a **CONTRATANTE**, a empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário;
- VIII.** Para estatutários: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à **CONTRATANTE**;
- IX.** Para Agentes Políticos: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA 10. Comprovação dos BENEFICIÁRIOS Dependentes:

I. Cônjuge: Certidão de Casamento;

II. Companheiro (a): do mesmo sexo ou sexo oposto; Escritura Pública de declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou Declaração firmada por ambos os companheiros, onde declaram a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou Certidão de Nascimento de Filho em comum.

III. Filho (a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção;

IV. Tutelado(a): e menor sob guarda: certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;

V. Enteado (a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos elencados na cláusula 10, item II.

10.1. Não será aceita a inclusão de funcionário ou dependente que não tenham a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a **CONTRATANTE** responder, perante o **TRASMONTANO**, por todos os ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam por ele suportados e/ou impostos, mesmo após o encerramento do Contrato.

CLÁUSULA 11. O **TRASMONTANO** poderá exigir a qualquer momento da **CONTRATANTE** documentação complementar comprobatória de elegibilidade do **BENEFICIÁRIO**, sendo esta responsável pelas informações prestadas, inclusive referente aos dados cadastrais dos **BENEFICIÁRIOS** exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Eventuais empresas coligadas que venham a ser incluídas no plano, serão consideradas automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

11.1. A não comprovação no prazo de 5 (cinco) dias, acarretará na exclusão do **BENEFICIÁRIO**, e qualquer ônus que o **TRASMONTANO** venha a despendar em função deste descumprimento ficará a cargo da empresa **CONTRATANTE**.

11.2. A **CONTRATANTE** tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou não atualização dos dados cadastrais dos **BENEFICIÁRIOS**, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da **ANS**, constituindo, ainda, infração às normas editadas por aquela agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação da massa de **BENEFICIÁRIOS**, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos desnecessários pelo **TRASMONTANO** à **ANS**.

11.3. Em razão do disposto no subitem anterior, as Partes acordam que, quando da implantação do Contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos **BENEFICIÁRIOS** enviados ao **TRASMONTANO** forem detectados dados incompletos ou incorretos, a **CONTRATANTE** se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da comunicação do **TRASMONTANO**, assumindo e isentando o **TRASMONTANO** de todos os riscos, ônus, e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, decorrentes do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos **BENEFICIÁRIOS** a ele vinculados. A **CONTRATANTE** responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, que eventualmente sejam suportados/impostos ao **TRASMONTANO** pela **ANS**, em razão da inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do Contrato, bem como pelos custos envolvidos na obtenção dos referidos dados junto a outras fontes que os disponibilizem, no sentido de sanar tais pendências.

CLÁUSULA 12. Regras de Inclusão dos BENEFICIÁRIOS

12.1. A **CONTRATANTE** deverá enviar ao **TRASMONTANO**, na data da assinatura do Contrato, cadastro de todos os **BENEFICIÁRIOS** Titulares e respectivos Dependentes que serão inscritos no plano, em impresso próprio fornecido pelo **TRASMONTANO** ou através de transferência eletrônica, dentro de layout preestabelecido pelo **TRASMONTANO**, juntamente, se o caso exigir, com a Declaração de Saúde devidamente preenchida e assinada. A partir da data da inclusão, os **BENEFICIÁRIOS** terão direito às coberturas contratuais, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - **ANS**.

12.2. Caso o **BENEFICIÁRIO** ainda estiver cumprindo os prazos de carência, quando da solicitação de inclusão do recém-nascido, este, deverá cumprir os prazos de carência previstos neste contrato com aproveitamento das carências já cumpridas pelo **BENEFICIÁRIO**.

12.3. A inclusão no contrato com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO Titular** e a isenção de Cobertura Parcial Temporária, também serão garantidas nos seguintes casos:

12.3.1. É garantida a inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, desde que solicitada até 30 dias da adoção;

12.3.2. Menores de 12 anos sob guarda ou tutela, desde que solicitada até 30 dias da guarda;

12.3.3. Filhos naturais menores de 12 anos, com reconhecimento de paternidade por ação judicial ou extrajudicial, desde que solicitada até 30 dias do reconhecimento legal;

CLÁUSULA 13. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do **BENEFICIÁRIO Titular** no plano.

13.1. O plano do **BENEFICIÁRIO** Dependente será sempre igual ao do **BENEFICIÁRIO Titular**.

CLÁUSULA 14. O grupo beneficiado inicial deverá ser constituído por, no mínimo, 3 (três) **BENEFICIÁRIOS**, sendo 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** Titulares.

14.1. Para manutenção do contrato, nos primeiros 12 (doze) meses iniciais de vigência, o Grupo Beneficiado deverá ser constituído por, no mínimo, 3 (três) **BENEFICIÁRIOS**.

CLÁUSULA 15. A cada nova solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIO**, deverá ser encaminhada ao **TRASMONTANO** Ficha de Movimentação Cadastral, entregue no momento da contratação, devidamente assinada pelo **BENEFICIÁRIO** Titular.

15.1. A **CONTRATANTE** informará mensalmente ao **TRASMONTANO**, em impresso próprio fornecido pelo **TRASMONTANO** ou através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout preestabelecido pelo **TRASMONTANO**, em até 30 (trinta) dias da vinculação do **BENEFICIÁRIO** à **CONTRATANTE**, a relação dos admitidos, acompanhada dos documentos acima especificados. A relação dos desligados deverá ser feita até o último dia útil do mês em curso a fim de que o **TRASMONTANO** mantenha atualizado o quadro de **BENEFICIÁRIOS**.

15.2. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **CONTRATANTE**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pelo **TRASMONTANO**, acarretando a não inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

CLÁUSULA 16. Transferência de planos

16.1. Entende-se por transferência a opção do **BENEFICIÁRIO** pela mudança de plano dentre aqueles contratados pela **CONTRATANTE**.

16.2. Periodicamente, em frequência não inferior à anual e em data a ser estabelecida em comum acordo entre o **TRASMONTANO** e a **CONTRATANTE**, o **BENEFICIÁRIO** poderá optar pela transferência de planos.

16.2.1. Na transferência entre planos, o **BENEFICIÁRIO** deverá permanecer no novo plano pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua efetiva transferência para o novo plano, exceto em caso de desligamento do **BENEFICIÁRIO** da **CONTRATANTE**.

16.2.2. Se na solicitação de transferência do plano, o **BENEFICIÁRIO** estiver cumprindo carências, estas serão mantidas até o seu término.

16.2.3. Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o **BENEFICIÁRIO** da **CONTRATANTE** somente terá direito às novas características do novo plano, especificadamente rede e padrão de acomodação, após 180 (cento e oitenta) dias da data da transferência. A partir da data de transferência deverá ser pago o valor correspondente ao plano de maior custo.

16.2.4. Nos casos em que o **BENEFICIÁRIO** Titular for transferido de plano, todos os seus Dependentes serão automaticamente transferidos para este novo plano.

CLÁUSULA 17. Exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano:

17.1. Para exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano, a **CONTRATANTE** deverá enviar ao **TRASMONTANO**, através de formulário próprio fornecido pelo **TRASMONTANO** ou formulário eletrônico, as seguintes informações:

17.1.1. Se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

17.1.2. Se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa, for um **BENEFICIÁRIO** aposentado que continua trabalhando na **CONTRATANTE**;

17.1.3. Se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano de assistência à saúde;

17.1.4. Por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano de assistência à saúde.

17.1.5. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter esta condição. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** somente será aceita pelo **TRASMONTANO**, mediante apresentação da comprovação da comunicação ao **BENEFICIÁRIO**.

17.2. Fica estabelecido que as informações acima, bem como o documento formalizado no ato da comunicação do Aviso Prévio, a ser cumprido ou indenizado ou da comunicação da aposentadoria, ficarão sob a guarda e responsabilidade da **CONTRATANTE**, comprometendo-se a enviá-la ao **TRASMONTANO**, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua solicitação. Na hipótese de apresentação intempestiva do documento requerido ou a sua não apresentação, a **CONTRATANTE** arcará com todos os prejuízos eventualmente sofridos pelo **TRASMONTANO** ou terceiros em decorrência desta ação ou omissão.

CLÁUSULA 18. Caso o **CONTRATANTE** inclua os **BENEFICIÁRIOS** sem os vínculos previstos neste contrato, o **TRASMONTANO** reserva-se no direito de, a qualquer tempo, proceder a efetiva exclusão dos mesmos e cobrar da **CONTRATANTE** eventuais valores que venha a despendar em função deste descumprimento, incluindo as despesas assistenciais que eventualmente tenha suportado em razão dos serviços médicos prestados.

CLÁUSULA 19. A **CONTRATANTE** assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas na ficha de **BENEFICIÁRIOS** (movimentação cadastral), agindo com boa fé nos termos do que dispõem o artigo 422 do código civil.

TEMA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

CLÁUSULA 20. Ao **BENEFICIÁRIO**, inscrito no Contrato, fica garantida a cobertura de despesas ambulatoriais e hospitalares e odontológicas (de acordo com a segmentação estabelecida nas condições específicas), exames complementares e serviços auxiliares listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no Rol de Procedimentos Médicos Odontológicos, vigente e editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para tratamento das doenças desde que estejam codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde - OMS, e para todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, atendendo o município onde o **BENEFICIÁRIO** demandar, respeitando a área geográfica de abrangência e área de atuação do produto contratado. O referido Rol de Procedimentos está disponível no site da ANS, no endereço: www.ans.gov.br;

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

20.2. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

20.3. É garantida a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar;

20.4. E cobertura assistencial obrigatória, a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA 21. Cobertura Ambulatorial

21.1. Consultas médicas, que serão em número ilimitado, em rede própria, clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

21.1.1. Nas consultas de rotina, o **BENEFICIÁRIO** será atendido pelo médico, em horário normal de consulta, competindo ao **BENEFICIÁRIO** exercer a escolha dentre os médicos integrantes prioritariamente da **REDE PRÓPRIA** ou, se necessário, quando esta não dispor do serviço ou especialidade, em rede credenciada indicada pelo **TRASMONTANO**.

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

21.3. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

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

21.5. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

21.6. A autorização prévia para a realização de serviços de diagnose e terapia pode ser emitida pela rede própria preferencialmente ou credenciada do **TRASMONTANO**.

21.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

21.7.1. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

21.7.2. Radioterapia ambulatorial;

21.7.3. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

21.7.4. Hemoterapia ambulatorial e

21.7.5. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

21.8. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no anexo II do Rol de Procedimentos vigente, respeitando preferencialmente as seguintes características:

21.8.1. 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 9.787/99;

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

21.9. Os serviços de apoio diagnóstico a seguir deverão observar as Diretrizes de Utilização publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

21.9.1. A análise de DNA para diversas doenças genéticas, não inclusa a realização para fins de investigação de paternidade;

21.9.2. Os exames de Fator V Leiden, Análise de Mutação; Hepatite B, Teste quantitativo; Hepatite C – Genotipagem; HIV, Genotipagem e Dímero D devem seguir as diretrizes indicadas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

21.9.3. Mamografia digital é indicada para mulheres com idade inferior a 50 (cinquenta) anos, mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusia.

21.10. Os planos do **TRASMONTANO** não preveem livre escolha e reembolso. Os atendimentos serão realizados preferencialmente na rede própria e, quando esta não dispor do serviço ou especialidade, em rede credenciada indicada pelo **TRASMONTANO**.

CLÁUSULA 22. Cobertura Hospitalar

22.1. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

22.2. 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.

22.3. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, desde que pertencentes a rede própria ou credenciada.

22.4. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos(exceto os não nacionalizados), anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

22.5. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, exceto os não nacionalizados.

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

22.7. Cobertura de despesas de acompanhante(acomodação e alimentação), no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

CLÁUSULA 23. Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

CLÁUSULA 24. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

CLÁUSULA 25. Os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, tem a cobertura garantida, incluindo os exames complementares solicitado, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, bem como órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, ficando excluídos os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS.

CLÁUSULA 26. A necessidade de estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos será avaliada e justificada pelo médico assistente e/ou cirurgião dentista, com o objetivo de garantir maior segurança. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar.

CLÁUSULA 27. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

27.1. Hemodiálise e Diálise peritoneal – CAPD;

27.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

27.3. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;

27.4. Hemoterapia;

27.5. Nutrição parenteral ou enteral;

27.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

27.7. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

27.8. Radiologia intervencionista;

27.9. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

27.10. Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA 28. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrentes de utilização de técnica de tratamento de câncer.

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

CLÁUSULA 29. Complicações de procedimentos não cobertos, de acordo com a Súmula Normativa 10/2006.

CLÁUSULA 30. Cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes de medula autólogos ou alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

30.1. A cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

30.2. Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos ao transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme a legislação específica, deverão obrigatoriamente estarem inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, e sujeitar-se-ão ao critério da fila única de espera e seleção.

30.3. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplantes SNT.

30.4. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – portaria GM nº 3407 de 05/08/98 do Ministério da Saúde que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT.

30.5. É de competência privativa das Centrais de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

30.5.1. Determinar o encaminhamento de equipe especializada;

30.5.2. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o preceptor.

CLÁUSULA 31. Cobertura hospitalar para os procedimentos de anticoncepção, consistentes na inserção do DIU – Dispositivo Intra Uterino (hormonal ou não hormonal) e nas cirurgias de vasectomia e laqueadura tubária, conforme diretriz de utilização disposta nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.

CLÁUSULA 32. Próteses importadas nacionalizadas (registradas na ANVISA) e utilizadas no ato cirúrgico;

CLÁUSULA 33. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

CLÁUSULA 34. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

CLÁUSULA 35. Se o **BENEFICIÁRIO** optar pela utilização de médico particular, caberá ao **TRASMONTANO** a cobertura das despesas hospitalares.

CLÁUSULA 36. Cobertura Obstétrica

36.1. Gravidez e Parto

36.2. O TRASMONTANO garantirá à Beneficiária a cobertura de todos os procedimentos na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto garantindo:

36.2.1. Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, quando indicado pelo médico assistente; com cobertura de todas as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação;

36.2.2. Assistência pré-natal: compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;

36.2.3. Assistência ao parto: normal ou cesariana por equipe especializada, em hospital e maternidade da Rede Credenciada;

36.2.4. Puerpério: nos Centros Médicos próprios ou consultórios credenciados do **TRASMONTANO**;

36.2.5. Assistência neonatal: os recém-nascidos terão direito à assistência dada pelos pediatras nos berçários do hospital ou maternidade;

36.2.6. Intercorrências na gravidez e suas complicações;

36.2.7. O parto normal listado no Rol de Procedimentos Médicos poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA 37. É garantida cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP, aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA 38. Tratamento de Transtornos Psiquiátricos

I. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

II. As internações em hospital-dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo **ROL DE PROCEDIMENTOS**, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

III. Para planos contratados com coparticipação, o custeio dos primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, seguirá as mesmas diretrizes estabelecidas para as demais internações.

IV. Após os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, a cada 12 meses de contrato, caberá ao **BENEFICIÁRIO** arcar com coparticipação de 49% (quarenta e nove) das despesas médico hospitalares, conforme estabelecido na legislação e regulamentação vigentes.

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

VI. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos, nos limites do **ROL DE PROCEDIMENTOS** e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

TEMA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

CLÁUSULA 39. Este tema visa especificar as exclusões de cobertura à assistência contratada, com vistas ao disposto no artigo 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, dentro da segmentação assistencial à qual o plano pertence.

Estão excluídas da cobertura assistencial:

- a)** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b)** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c)** Inseminação artificial;
- d)** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e)** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- f)** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- h) Transplantes, à exceção de córnea, rim; autólogo e alogênico de medula óssea;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- l) Consultas domiciliares;
- m) Quaisquer tipos de tratamentos domiciliares, inclusive “home care”;
- n) Procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- o) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC.
- p) Medicina Ortomolecular;
- q) Procedimentos relativos ao programa de controle médico de saúde ocupacional, assim entendidos os exames médicos (admissionais, demissionais, periódicos, retorno ao trabalho e mudança de função) e exames complementares previstos no PCMSO.

TEMA IX - DURAÇÃO DO CONTRATO

CLÁUSULA 40. O início da vigência deste contrato se dará na forma descrita na Proposta Comercial/Proposta de Adesão, observando-se os prazos de entrega da documentação e do protocolo no **TRASMONTANO**, sendo imprescindível que, toda documentação necessária seja entregue, sob protocolo, em até 72 horas úteis da data da assinatura da Proposta Comercial/Proposta Adesão.

CLÁUSULA 41. Após 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, este será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, desde que não denunciado por escrito por qualquer das partes, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do seu término do período explícito. Não cabe a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

41.1. Para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, XI, da Lei 9.656/98, será considerada a data de assinatura do contrato.

TEMA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

CLÁUSULA 42. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da vigência do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

42.1. No caso de contratos com até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**, estes cumprirão obrigatoriamente todos os prazos de carências constantes na tabela estabelecida na **CLÁUSULA 43**.

42.2. Se durante a vigência do contrato o grupo beneficiado for diminuído para menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, será exigido o cumprimento dos prazos de carências informados na **CLÁUSULA 43**.

42.3. Nos casos em que durante a vigência do contrato o grupo beneficiado for ampliado para igual ou superior mais de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, deixará de ser exigido o cumprimento dos prazos de carência informados nesta cláusula.

42.4. Nos contratos com 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS** em que o **BENEFICIÁRIO** titular tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de prazos de carência, quando ocorrer a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes, cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento sem a exigência de prazos de carência será de até 30 (trinta) dia contados da data do evento que originou essa relação e desde que no momento da inclusão, o contrato tenha 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS**. Após este prazo, os novos dependentes poderão ser incluídos considerando os períodos de carências e Cobertura Parcial Temporária - CPT, se aplicáveis.

42.5. Quando a contratação ocorrer na forma desta cláusula, será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

CLÁUSULA 43. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

	Coberturas	Períodos de Carência
I	Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas
II	Consultas Médicas, Exames simples, Tratamentos básicos/simples e Procedimentos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias
III	Exames de grande porte, Internações de qualquer natureza (incluindo leito de UTI)	180 (cento e oitenta) dias
IV	Parto a termo	300 (trezentos) dias
V	Doenças ou lesões preexistentes	24 (vinte e quatro) meses

TEMA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CLÁUSULA 44. Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei 9.656/98, e do inciso IX, do art. 4º da Lei 9.961/00.

44.1. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pelo **TRASMONTANO**, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o **BENEFICIÁRIO** saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

44.2. O preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde, elaborado pelo **TRASMONTANO**, poderá ser efetuado através de entrevista qualificada, com o objetivo principal de relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO**, em relação a ele próprio e a todos os dependentes indicados para integrar o contrato.

44.3. No momento da entrevista qualificada, o **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico orientador pertencente à lista de profissionais médicos da rede de atendimento do **TRASMONTANO**, sem qualquer ônus para o mesmo.

44.4. O **BENEFICIÁRIO** poderá escolher, ainda, um médico orientador que não faça parte da rede credenciada do **TRASMONTANO** para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde, arcando com os honorários médicos deste profissional, sem direito a reembolso.

CLÁUSULA 45. Na hipótese de existência de doença ou lesão preexistente, o **TRASMONTANO** oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT) àquele que admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde, que, acarretará na suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes do **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal, compreendendo.

45.1. Procedimentos cirúrgicos em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento e suas atualizações;

45.2. Internações em leito de alta tecnologia: acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados;

45.3. Procedimentos de alta complexidade, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, e suas atualizações.

45.4. Não haverá cláusula de cobertura parcial temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os **BENEFICIÁRIOS** que formalizarem o

pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

45.5. Haverá cumprimento de cobertura parcial temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, nos casos em que o número de participantes for igual ou menor que 29 (vinte e nove) vidas.

CLÁUSULA 46. O **TRASMONTANO** poderá comprovar o conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** sobre sua condição ou de seu(s) dependente(s) quanto à existência de doença e/ou lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento. Para fins desta comprovação, o **TRASMONTANO** poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova.

46.1. A omissão de informações, por parte do **BENEFICIÁRIO**, ou o fornecimento destas de forma incompleta, incorreta ou inverídica, com intuito de obter vantagem no presente contrato, podem caracterizar violação das condições contratuais, facultado ao **TRASMONTANO** a busca pela proteção de seus direitos, até mesmo judicialmente, sem prejuízo de eventual exclusão dos **BENEFICIÁRIOS** por fraude e/ou indenização pelos danos a que venha sofrer com a utilização indevida das coberturas.

46.1.1. Identificado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de informação de conhecimento de doença e/ou Lesão Preexistente, o **TRASMONTANO** comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** e o **BENEFICIÁRIO**, e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária, assim como, abertura de processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis para julgamento da alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde. Neste caso, o presente contrato não será suspenso ou rescindido unilateralmente pelo **TRASMONTANO**, nem será negada cobertura contratual até a publicação pela ANS, do encerramento do processo administrativo, ou de ordem judicial em sentido contrário.

46.1.2. Se a alegação apresentada pelo **TRASMONTANO** for acolhida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o **BENEFICIÁRIO** passará a ser o 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 pelo **TRASMONTANO**, considerando ainda a responsabilização da **CONTRATANTE**, caso não tenha zelado pela orientação e acompanhamento no correto preenchimento da Declaração.

CLÁUSULA 47. O **TRASMONTANO** poderá solicitar durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato o comparecimento do **BENEFICIÁRIO** em sua sede, para realização de entrevista qualificada, com o objetivo de esclarecer as informações por ele prestadas na ocasião do preenchimento da declaração de saúde.

TEMA XII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLÁUSULA 48. É definido como atendimento de **EMERGÊNCIA** os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Entende-se como atendimento de **URGÊNCIA**, os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

48.1. Nos casos de urgência ou emergência, depois de cumprido o período de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os **BENEFICIÁRIOS** poderão obter atendimento **EXCLUSIVAMENTE** na rede própria e/ou credenciada, observadas as limitações contidas neste tema.

48.1.1. Nas situações de urgência e emergência, estando o **BENEFICIÁRIO** em período de carência para internação ou cobertura parcial temporária, ser-lhe-á garantida a cobertura do atendimento ambulatorial somente até as 12 (doze) primeiras horas, ou até que seja solicitada a internação.

48.1.2. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e o **BENEFICIÁRIO** estiver cumprindo o período de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, em tempo menor de 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus ao **TRASMONTANO**.

48.1.3. Também cessará o atendimento, nos casos de cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, após transcorridas as 12 (doze) primeiras horas do atendimento de urgência e emergência.

CLÁUSULA 49. É garantido atendimento de urgência e emergência referente ao processo gestacional, limitado às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com ou sem cobertura obstétrica, durante o cumprimento de carência.

CLÁUSULA 50. Nos casos em que houver risco de vida que impeça a remoção do paciente ou quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento, o **TRASMONTANO** estará desobrigado da responsabilidade com as despesas médicas e hospitalares, bem como do ônus financeiro de remoção.

50.1. Caso o **BENEFICIÁRIO** opte pela remoção a uma Unidade do Sistema Único de Saúde SUS, que disponha dos recursos necessários à garantia da continuidade do atendimento, a respectiva remoção será realizada pelo **TRASMONTANO** através de ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando a responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na Unidade SUS.

TEMA XIII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CLÁUSULA 51. Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO

I.I. Para fins de atendimento o **TRASMONTANO** expedirá Cartão de Identificação de forma digital (no site **TRASMONTANO.com.br** e app **TRASMONTANO** Associado) ao **BENEFICIÁRIO**, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste instrumento, acompanhado de documento de identidade com foto, legalmente reconhecido.

I.II. Nenhum atendimento ao serviço neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do **BENEFICIÁRIO**, fornecido e expedido pelo **TRASMONTANO** de forma online para o **BENEFICIÁRIO** cadastrado no plano, acompanhado de documento com foto legalmente reconhecido, exceto nos casos de urgência e emergência, onde será obrigatória a apresentação apenas do documento de identificação com foto.

CLÁUSULA 52. Serviços Próprios e Rede Credenciada

Será fornecido ao **BENEFICIÁRIO**, uma relação resumida, contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pelo **TRASMONTANO**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos.

52.1. A relação total de prestadores poderá ser consultada no portal do **TRASMONTANO** e através da Central de Atendimento ao consumidor, devidamente indicados na relação acima mencionada.

52.2. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras a seguir:

52.2.1. A substituição de entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos **BENEFICIÁRIOS** e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, que acontecerá através do portal corporativo e de comunicado para a **CONTRATANTE**, que se responsabilizará por manter os **BENEFICIÁRIOS** informados, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

52.2.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, o **TRASMONTANO** arcará com a transferência do **BENEFICIÁRIO** para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

52.2.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade do **TRASMONTANO** durante o período de internação do **BENEFICIÁRIO**, o hospital estará obrigado a manter a internação, e o **TRASMONTANO** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

52.2.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, o **TRASMONTANO** deverá solicitar à ANS autorização;

52.2.5. O **TRASMONTANO** efetuará as comunicações relativas a alterações na rede hospitalar através dos meios de notificações estabelecidos na resolução normativa vigente.

52.3. As substituições não hospitalares estarão disponíveis através do Portal Corporativo e da Central de Atendimento ao Consumidor, conforme regulamentado por norma vigente.

52.4. Os exames complementares externos, os serviços auxiliares de Terapia, as internações e demais atendimentos previstos neste Contrato, serão realizados nos locais indicados pelo **TRASMONTANO**, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada, específicos para cada Plano e desde que solicitados pelo médico assistente, quando autorizados previamente pelo departamento médico do **TRASMONTANO**, resguardadas as situações de urgências ou em emergência previstas neste Contrato.

52.5. O **TRASMONTANO** não será responsável pelos atendimentos realizados fora da rede ou por médicos,

hospitais e outros serviços estranhos à sua rede, exceção feita aos casos previstos pela RN 566/2022, conforme previstos neste contrato.

CLÁUSULA 53. Internação

A internação Hospitalar será realizada prioritariamente na rede de Hospitais **IGESP**, pertencentes ao **TRASMONTANO**, devidamente especificado no orientador médico fornecido aos **BENEFICIÁRIOS**, bem como no portal da operadora, sendo facultado ao **TRASMONTANO**, a seu critério, a substituição, exclusão e inclusão de outros hospitais como prioritários.

CLÁUSULA 54. Pedido Médico

O pedido médico possui validade de 60 (sessenta) dias contados a partir da data da emissão, sendo que este prazo será para a efetiva realização do procedimento. Não serão aceitos pedidos sem data, carimbo legível, assinatura do profissional solicitante e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina ou Odontologia (CRM ou CRO).

CLÁUSULA 55. Gerenciamento de Ações de Saúde

55.1. Medicina Preventiva

55.1.1. O **TRASMONTANO** manterá, dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de prevenção e orientação médica, para promover a qualidade de vida de seus **BENEFICIÁRIOS**, implementando ações coordenadas em todos os campos que sustentam a saúde desses **BENEFICIÁRIOS**.

CLÁUSULA 56. Remoção

a) A remoção do **BENEFICIÁRIO** será garantida pelo **TRASMONTANO** nas seguintes hipóteses:

I. Quando Caracterizadas pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, para outra unidade de atendimento da rede do plano;

II. Quando o **BENEFICIÁRIO** estiver cumprindo períodos de carências para internação, para uma unidade do SUS;

III. Quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e houver a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões Preexistentes, para uma unidade do SUS.

56.1. DA REMOÇÃO PARA O SUS

a) Ao **TRASMONTANO** caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

b) Quando não puder haver remoção por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o **TRASMONTANO** desse ônus.

c) O **TRASMONTANO** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

d) Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará o **TRASMONTANO** desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA 57. Junta Médica

57.1. O **TRASMONTANO** garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

57.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à rede credenciada ou própria do **TRASMONTANO**, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pelo **TRASMONTANO**.

57.3. O **TRASMONTANO** deve comprovar a ciência do médico assistente a respeito da discordância clínica e da prerrogativa e intenção de instalar a junta. Contudo, se após comprovados os esforços do **TRASMONTANO** em instalar a junta médica e estabelecer acordo sobre o profissional assistente que será o árbitro, o médico assistente não concordar com a instalação da junta médica, o **TRASMONTANO** não será obrigado a cobrir o

procedimento, fruto da discordância, até que ela seja instalada.

CLÁUSULA 58. Autorizações Prévias

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**, exceto para consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

58.1. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pelo **TRASMONTANO**, ou quando não credenciado, em receituário, contendo os dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

58.2. Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo **BENEFICIÁRIO**, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, terá o **TRASMONTANO**, quando entender necessário, e por meio de seu corpo de médicos auditores, direito ao acesso aos documentos pessoais e médicos entregues e ainda, o direito de submeter o **BENEFICIÁRIO** à avaliação prévia.

58.3. O **TRASMONTANO** se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, dentro dos limites das cláusulas previstas neste contrato.

58.4. Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente entre o médico e o **BENEFICIÁRIO**, bem como suas intercorrências, que não seja previamente informado e autorizado pelo **TRASMONTANO**, será de responsabilidade, exclusiva, do **BENEFICIÁRIO**.

CLÁUSULA 59. Reembolso de Procedimentos

59.1. Haverá a possibilidade de reembolso ao **BENEFICIÁRIO** que tiver custeado as despesas de atendimentos nos seguintes casos enumerados abaixo e, obrigatoriamente, quando o **TRASMONTANO** não tiver dentro dos prazos e condições previsto na Resolução Normativas nº 566, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, publicada em 29 de Dezembro de 2022 e suas atualizações, fornecido as alternativas previstas para o atendimento.

59.1.1. Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município pertencente concomitantemente a área de atuação contratada e área de abrangência geográfica do plano ao qual o **BENEFICIÁRIO** esteja devidamente vinculado.

59.1.2. Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente a abrangência geográfica e a área de atuação do plano ao qual o **BENEFICIÁRIO** esteja devidamente vinculado.

59.1.3. Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde, igualmente pertencentes concomitantemente a abrangências geográfica e a área de atuação do plano ao qual o **BENEFICIÁRIO** esteja devidamente vinculado.

59.1.4. Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, na abrangência geográfica e na área de atuação do plano ao qual o **BENEFICIÁRIO** esteja devidamente vinculado.

59.1.5. Indisponibilidade de prestador de serviços integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e no município limítrofe, pertencentes à abrangência geográfica e a área de atuação do plano ao qual o **BENEFICIÁRIO** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

59.2. Nas situações previstas em cláusulas anteriores em que existe responsabilidade da operadora em transportar o **BENEFICIÁRIO**, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, haverá o reembolso das despesas de transporte.

59.3. A possibilidade de reembolso acima aludida, somente será obrigatoriamente atendida quando o **TRASMONTANO** tiver sido devida e expressamente comunicado pelo **BENEFICIÁRIO** do fato gerador, à exceção dos casos de urgência e emergência, com a antecedência devida e não tiver, dentro dos prazos previstos na Resolução Normativa nº 566/2022. No momento da comunicação, o **BENEFICIÁRIO** receberá um número de protocolo que deverá obrigatoriamente acompanhar e identificar os documentos exigidos para o reembolso.

59.4.1. Os **BENEFICIÁRIOS** terão direito ao reembolso das despesas relacionadas nos casos de urgência ou emergência comprovada, dentro da abrangência geográfica, área de atuação e condições do plano contratado, nos termos do artigo 12, IV da Lei nº 9656/98, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial do **TRASMONTANO**, tendo como limite financeiro de reembolso a tabela de reembolso do **TRASMONTANO** devidamente registrada no competente Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pelo **TRASMONTANO** junto à rede

prestadora até o limite do valor das notas apresentadas pelo **BENEFICIÁRIO**.

59.4.2. Serão cobertos, exclusivamente, os materiais e medicamentos utilizados ou ministrados dentro do período de internação hospitalar ou atendimentos em pronto-socorro, desde que cobertos pelo Contrato, sendo reembolsados de acordo com a tabela **TRASMONTANO**. Nos casos não constantes desta tabela, o reembolso se dará de acordo com os preços médicos do mercado, independentemente do plano contratado, exceto os medicamentos importados não nacionalizados, que não terão Cobertura, de acordo com o disposto no artigo 10, inciso V da Lei nº 9656/98.

59.5. As despesas médicas pagas diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, Titular ou Dependente, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsados após conferência e aprovação da conta médica, com base na Tabela **TRASMONTANO**:

59.5.1. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao **BENEFICIÁRIO** Titular ou Dependente com serviço de assistência à saúde coberta pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador ao **TRASMONTANO**, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela Trasmontano, será faturada à **CONTRATANTE**, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

CLÁUSULA 60. Sugestões, Reclamações e Condições de Atendimento

60.1. É direito do **BENEFICIÁRIO** emitir sua opinião sobre a operacionalização do plano, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, pelo Portal **TRASMONTANO** e/ou Central de Atendimento.

60.1.1. É direito do **BENEFICIÁRIO** com mais de 60 (sessenta) anos, das gestantes, das lactantes, dos lactentes e das crianças de até 5 (cinco) anos, privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais **BENEFICIÁRIOS** (previsto no inciso II, do Artigo 18, da Lei 9.656/98);

60.1.2. É dever do **BENEFICIÁRIO**, sempre que fizer uso de qualquer atendimento coberto pelo presente contrato, prestado por pessoa física ou jurídica, referenciada do **TRASMONTANO**, identificar-se por meio de documento que comprove a sua identidade, bem como pela apresentação da carteira de associado **TRASMONTANO**;

60.1.3. É dever da **CONTRATANTE** e do **BENEFICIÁRIO**, manter seu endereço de correspondência atualizado junto ao **TRASMONTANO**, assim como todos os demais dados cadastrais, através do envio dos respectivos documentos comprobatórios, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa 529, de 02 de Maio de 2022, e Instrução Normativa 34, de 25 de Março de 2024, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria.

60.1.4. É dever do **BENEFICIÁRIO**, utilizar o plano de saúde com boa-fé, sendo considerado fraude o empréstimo do cartão de identificação do plano a outrem, bem como prestar declarações falsas ou omitir do **TRASMONTANO** dados importantes, tudo sujeito às medidas judiciais cabíveis, devendo a **CONTRATANTE** manter seus **BENEFICIÁRIOS** informados da prática de boa conduta aqui destacada.

TEMA XIV. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

CLÁUSULA 61. O pagamento da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pela **CONTRATANTE** ao **TRASMONTANO**, baseia-se no sistema de pagamento preestabelecido.

61.1. O pagamento total referente aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados a este contrato será efetuado pela **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

61.2. A mensalidade deverá ser quitada no estabelecimento bancário indicado pelo **TRASMONTANO**, até a data do vencimento, nos termos da proposta de contratação, constante do respectivo boleto de cobrança. Caso o vencimento se dê em dia não útil ou feriado bancário, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

61.3. Todos e quaisquer valores devidos por força deste Contrato e que não forem quitados nos prazos previstos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), e atualizados com base na variação percentual acumulada do índice Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou, na sua falta, por outro índice estabelecido pelas partes **CONTRATANTES** que reflita a inflação do período, além de juros moratórios, na razão de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, incidente sobre o valor atualizado. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para o pagamento,

independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente.

61.4. Caso exista divergência no que tange o pagamento da mensalidade, não será reconhecido pelo **TRASMONTANO** se a **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO INATIVO** não possuir comprovante devidamente autenticado pelo banco recebedor.

61.5. O pagamento antecipado da mensalidade não elimina nem reduz os prazos de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária estabelecidos no presente contrato.

61.6. Ao **TRASMONTANO** é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da mensalidade não paga pela **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO INATIVO**, a contar da data do inadimplemento.

61.7. O **TRASMONTANO** se reserva, ainda, o direito de promover a cobrança dos pagamentos em atraso, através de bancos e pelos meios legais cabíveis, sejam esses valores equivalentes a quaisquer débitos não quitados, conforme obrigações previstas neste contrato.

61.8. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO INATIVO** do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

61.9. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

61.9.1. Na composição dos preços das contraprestações mensais não estão incluídos os custos referentes aos **BENEFICIÁRIOS** cujas internações e os tratamentos tenham se iniciado anteriormente a data de início de vigência deste contrato, e que não tenham sido informados ao **TRASMONTANO** pelo **CONTRATANTE**, previa e formalmente à elaboração da proposta comercial, mediante protocolo. Os custos decorrentes de tais atendimentos não serão de responsabilidade do **TRASMONTANO**.

61.9.2. O pagamento das contraprestações pecuniárias ao **TRASMONTANO** será de responsabilidade da **CONTRATANTE**, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98. O faturamento será efetuado com base no total de **BENEFICIÁRIOS** (titulares e dependentes), ativos e desligados do mês imediatamente anterior, respeitando o número mínimo de **BENEFICIÁRIOS** considerado para o faturamento.

61.9.3. O pagamento das contraprestações pecuniárias será efetuado na data de pagamento prevista na Proposta Comercial / Proposta de Adesão.

61.9.4. Na hipótese de o número de **BENEFICIÁRIOS** no início da vigência do Contrato ser superior a 29 (vinte e nove) e, no decorrer desta, houver a redução de 40% (quarenta por cento) ou mais da massa inicial de beneficiários constante da proposta de contratação empresarial e/ou aditamento no decorrer da vigência do contrato, o faturamento mínimo será realizado considerando o percentual de 60% (sessenta por cento) desta massa inicial.

61.9.5. A operadora, poderá optar pela rescisão contratual na hipótese de ocorrer redução 40% (quarenta por cento) da massa total negociada no percentual definido no instrumento de comercialização.

61.10. Nas empresas que possuírem menos de 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS** na data de assinatura do contrato, para fins de cobrança de faturamento mínimo, deverá ser observado o mínimo de 02 **BENEFICIÁRIOS**.

61.10.1. Será considerado para a complementação do cálculo do faturamento mínimo o valor da menor contraprestação pecuniária dentre os planos contratados.

61.10.2. Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, os **BENEFICIÁRIOS** terão as coberturas aqui ajustadas suspensas, até que sejam quitados os valores devidos, acrescidos dos encargos de mora acima pactuados. Após o pagamento e a devida comprovação a cobertura aos serviços será restabelecida em até 72 horas.

TEMA XV. REAJUSTE

CLÁUSULA 62. O TRASMONTANO aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, reajuste que será definido neste tema.

62.1. Nenhum contrato receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

62.1.1. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

CLÁUSULA 63. Agrupamento dos contratos com até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**

63.1. O **TRASMONTANO**, em observância à Resolução Normativa 565/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, realizará anualmente o agrupamento de todos os contratos coletivos que tenham até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**, para fins de cálculo e aplicação dos reajustes previstos neste tema.

63.2. Será considerado um contrato Agregado ao Agrupado, aquele que possuir até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS** na data de apuração do número de indivíduos a ele vinculados.

63.3. A apuração da quantidade de **BENEFICIÁRIOS** do contrato, para fins de manutenção ou inclusão deste na condição de Contrato Agregado ao Agrupamento, será realizada anualmente, sendo no primeiro ano, na data da vigência do contrato e nos demais anos, no mês do aniversário do contrato, do ano anterior à aplicação do reajuste, independente de ocorrer posterior variação na quantidade de **BENEFICIÁRIOS** após a data de apuração.

63.4. O Índice de Reajuste (IR) será único e idêntico para todos os Contratos Agregados ao Agrupamento, independentemente do plano contratado.

63.4.1. O Índice de Reajuste (IR) será calculado da seguinte forma: Percentual de Reajuste = $((SA/0,65)-1) \times 100$
SA = Sinistralidade atual (despesa/receita) da carteira pertencente ao agrupamento.

63.4.2. Fica estabelecido como indicador mínimo de reajuste o maior índice apurado entre o percentual autorizado pela ANS para os planos individuais/familiares e aquele apurado por meio da fórmula $\{[(SA/0,65)-1] \times 100\}$, onde S.A. representa a sinistralidade atual (despesa/receita) da carteira pertencente ao agrupamento.

CLÁUSULA 64. Para os contratos com mais de 29 (vinte e nove) beneficiários, o reajuste será aplicado utilizando-se o maior índice apurado entre o percentual autorizado pela ANS para os planos individuais/familiares e aquele apurado por meio da fórmula $\{[(SA/0,65)-1] \times 100\}$, onde S.A. representa a sinistralidade atual (despesa/receita) do contrato.

TEMA XVI. FAIXAS ETÁRIAS

CLÁUSULA 65. Este contrato dispõe de variações de percentuais de faixas etárias, conforme demonstrado na tabela constante nas Condições Específicas de Produto.

65.1. A variação do preço em razão da faixa etária incidirá quando o **BENEFICIÁRIO** completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

65.2. Os índices de reajustes previstos nesta cláusula observam os seguintes critérios, conforme determinação da ANS:

65.2.1. O valor fixado para última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

65.2.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não são superiores à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

65.3. O disposto nesta cláusula é válido para empregados e ex-empregados, conforme artigo 16, da RN 488/2022

TEMA XVII. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

CLÁUSULA 66. Ex-empregado Demitido ou exonerado sem Justa Causa

66.1. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, 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 seu pagamento integral.

66.2. O período de manutenção a que se refere o caput desta cláusula será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

CLÁUSULA 67. Ex-empregado Aposentado

67.1. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, 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 seu pagamento integral.

67.2. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput,

o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

CLÁUSULA 68. Contribuição

68.1. Para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e observado o disposto no inciso I do artigo 2º desta Resolução, também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

68.2. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **CONTRATANTE**, não é considerada participação financeira de custeio a contribuição de valores relacionados aos dependentes e agregados, bem como, a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

68.2.1. Quando da opção pelo **BENEFICIÁRIO** de seu ingresso em um plano de categoria superior àquele oferecido sem ônus pela **CONTRATANTE**, mediante a assunção do pagamento da diferença do valor existente entre as contraprestações pecuniárias, considera-se este valor como participação financeira de custeio, assegurando ao **BENEFICIÁRIO** os direitos previstos nesta cláusula.

68.2.2. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA 69. Obrigatoriedade de Extensão ao Grupo Familiar

69.1. A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

69.2. A obrigatoriedade de que trata o item anterior não impede que a condição de **BENEFICIÁRIO** seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

69.3. A disposição prevista nos itens anteriores não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**.

69.4. Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

CLÁUSULA 70. O direito de manutenção de que trata os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

CLÁUSULA 71. Comunicação ao BENEFICIÁRIO

71.1. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

71.2. A contagem do prazo previsto no item anterior somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 72. O **TRASMONTANO**, ao receber a comunicação da exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica **CONTRATANTE** que lhe informe:

72.1. Se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

72.2. Se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa 488, da ANS;

72.3. Se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

72.4. Por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

72.5. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter esta condição.

CLÁUSULA 73. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde somente será aceita pelo **TRASMONTANO** mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas nas cláusulas anteriores.

CLÁUSULA 74. Opções de manutenção

74.1. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como **BENEFICIÁRIO** de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

74.1.1. Manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou

74.1.2. Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do artigo 17, da Resolução Normativa 488 da ANS, separado do plano dos empregados ativos.

CLÁUSULA 75. No ato da contratação do plano privado de assistência à saúde, a operadora apresentará, através do **CONTRATANTE**, que encaminhará aos **BENEFICIÁRIOS**, o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador.

CLÁUSULA 76. A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

76.1. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 da Resolução Normativa 488 da ANS, com as devidas atualizações.

76.2. É permitido a **CONTRATANTE** subsidiar o plano de que trata esta cláusula ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos **BENEFICIÁRIOS**.

CLÁUSULA 77. A carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados de uma operadora deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste.

77.1. O **TRASMONTANO** divulgará em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

CLÁUSULA 78. Aposentado que continua trabalhando na mesma empresa

78.1. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar da **CONTRATANTE** é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

78.2. O direito de que trata o caput será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar da **CONTRATANTE**.

78.3. O direito de manutenção de que trata esta cláusula é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

CLÁUSULA 79. Mudança de operadora

79.1. No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pela **CONTRATANTE** mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação da **CONTRATANTE** com as várias operadoras.

79.2. O disposto no item supra 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.

CLÁUSULA 80. 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.

80.1. 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.

CLÁUSULA 81. Extinção do Direito Assegurado nos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98

81.1. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

81.1.1. Pelo decurso dos prazos previstos nas cláusulas 66.1 e 66.2;

81.1.2. Pela admissão do **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

81.1.3. Pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pela **CONTRATANTE** que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

81.2. Considera-se novo emprego, o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

81.3. Na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pela **CONTRATANTE** que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, o TRASMONTANO deverá ofertá-los a esse universo de **BENEFICIÁRIOS**, na forma da Resolução CONSU nº 19, de 25 de março de 1999.

CLÁUSULA 82. A **CONTRATANTE** assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que o **TRASMONTANO** seja submetido, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela **CONTRATANTE** e **TRASMONTANO**

TEMA XVIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

CLÁUSULA 83. A **CONTRATANTE** será responsável por solicitar a exclusão de **BENEFICIÁRIOS** no contrato, nos seguintes casos:

83.1. Prática de fraude comprovada ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato.

83.2. Morte;

83.3. Pelo término de vínculo entre o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e a **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos contributários, nos termos previstos da Lei, cabendo à **CONTRATANTE** comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

83.4. Rescisão do contrato;

83.5. Quando o **DEPENDENTE** perder a condição de **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**.

83.6. Pela exclusão do **BENEFICIÁRIO** Titular.

83.7. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO** Dependente, ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato.

CLÁUSULA 84. O **TRASMONTANO** poderá, em caso de fraude, excluir ou suspender a assistência à saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, independente de anuência da **CONTRATANTE**.

TEMA XIX. RESCISÃO/SUSPENSÃO

CLÁUSULA 85. Após o período de 12 (doze) meses de vigência inicial, o presente contrato poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do seu término do período explícito.

85.1. Durante o período de denúncia, o número de **BENEFICIÁRIOS** não poderá ser reduzido, exceto pela perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO**, e as contraprestações mensais restantes serão calculadas pela média das 06 (seis)

contraprestações imediatamente anteriores à data do aviso de denúncia do Contrato, salvo se esta média for inferior ao valor da última contraprestação a ser paga, caso em que este valor prevalecerá para o cálculo acima previsto.

CLÁUSULA 86. Caso o **CONTRATANTE** rescinda imotivadamente, ou venha a dar causa à rescisão do Contrato, inclusive no caso de inadimplência, antes de transcorrido o prazo inicial de 12 (doze) meses, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória de valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas, calculada pela média dos 06 (seis) maiores faturamentos cobrados até a data da efetiva rescisão, ou na hipótese do referido descumprimento ocorrer antes do 6º (sexto) mês de vigência contratual, toma-se como base o valor de todas as mensalidades faturadas até o momento.

CLÁUSULA 87. Rescisão / Suspensão

87.1. O Contrato poderá ser suspenso/rescindido imediatamente nas seguintes situações:

87.1.1. No caso de inadimplência pela **CONTRATANTE**, decorrente do não pagamento de qualquer valor devido em razão do presente Contrato, após o 10º (décimo) dia da mensalidade em aberto.

87.1.2. Em caso de planos contratados por empresário individual, após inadimplência pela **CONTRATANTE**, pelo não pagamento de duas mensalidades consecutivas ou não, desde que a **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quingentésimo) dia de inadimplência. Considera-se, para fins de comprovação, as notificações realizadas através de:

87.1.2.1. carta com aviso de recebimento encaminhada ao endereço constante no banco de dados da operadora, informado pela **CONTRATANTE**;

87.1.2.2. correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, destinado ao endereço eletrônico da **CONTRATANTE** cadastrado no banco de dados da operadora;

87.1.2.3. aplicativos que permitem a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (WhatsApp, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal ferramenta), via número de celular do representante da **CONTRATANTE** cadastrado no banco de dados da operadora;

87.1.2.4. ligações gravadas, com confirmação de dados pelo **TRASMONTANO**, via número de telefone do **CONTRATANTE**, cadastrado no banco de dados da operadora;

87.1.2.5. envio de torpedos (SMS) com aviso de leitura pelo destinatário, via número de celular do responsável pela **CONTRATANTE**, no banco de dados da operadora;

87.1.3. Quando a **CONTRATANTE** não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações que possam influir na aceitação do Contrato pelo **TRASMONTANO**, bem como outros atos que configurem fraude, devidamente comprovados.

87.1.4. Na inexistência de **BENEFICIÁRIOS** no plano.

87.1.5. Extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial, ou falência da **CONTRATANTE**.

87.2. Na hipótese prevista no item anterior, além da multa convencionada, a **CONTRATANTE** pagará ao **TRASMONTANO** o montante da sinistralidade apurada, até a data da efetiva rescisão, que exceder o patamar de 60% (sessenta por cento) em relação ao montante das contraprestações recebidas no mesmo período. **A CONTRATANTE**, neste ato, concorda e se compromete com referido pagamento, que ocorrerá no último mês de vigência do Contrato ou, caso não seja possível, tão logo ocorra o fechamento das contas médicas, através de fatura complementar.

87.3. Ainda na hipótese de rescisão deste Contrato, por qualquer motivo, a **CONTRATANTE** compromete-se a:

87.3.1. Transferir todos os **BENEFICIÁRIOS** ativos e inativos para a Operadora de Plano de Saúde e/ou Seguradora de Saúde por ela contratada, de modo que os atendimentos assistenciais, inclusive aqueles decorrentes de ordem judicial, sejam integralmente assumidos pela nova Operadora/Seguradora. Caso tal não ocorra, a **CONTRATANTE** desde já se responsabiliza por reembolsar o **TRASMONTANO** de todas as despesas decorrentes dos atendimentos que esta possa vir a ser compelida a prestar, acrescidas de 20% (vinte por cento) a título de taxa de administração e dos impostos incidentes, na forma da legislação, assim como pelas custas e despesas judiciais, honorários advocatícios, penalidades/multas (inclusive pecuniárias) etc, decorrentes de processos judiciais ou administrativos interpostos ou originados pelos **BENEFICIÁRIOS** contra o **TRASMONTANO** para esse fim;

87.3.2. Reembolsar ao **TRASMONTANO** de todas as cobranças efetuadas pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar - ANS, a título de ressarcimento ao SUS - Sistema Único de Saúde, cuja cobrança tenha sido recebida e não considerada para o cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do Contrato.

87.3.3. Reembolsar o TRASMONTANO de todas as despesas referentes aos atendimentos assistenciais prestados aos **BENEFICIÁRIOS**, cujas contas médicas tenham sido recebidas no período de até 60(sessenta) dias contados da data da efetiva rescisão do Contrato.

CLÁUSULA 88. Em caso de encerramento do presente instrumento será facultado ao **TRASMONTANO** cobrar os valores de coparticipação pendentes em função dos atendimentos decorrentes da cobertura psiquiátrica conferida aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos neste contrato, durante o tempo de vigência do mesmo.

CLÁUSULA 89. É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, no caso de exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, assim como no caso de cancelamento deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade do **TRASMONTANO**, bem como qualquer documento análogo, respondendo, como fiel depositário, em caso de uso indevido.

TEMA XX. DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 90. Qualquer concessão praticada pelo **TRASMONTANO** no tocante às coberturas de assistência médico-hospitalar oferecidas pelo presente contrato não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo **BENEFICIÁRIO**.

CLÁUSULA 91. Se no período de implantação do contrato, após a entrega da Ficha Cadastral, que faz integrante do presente contrato, houver pedido de ingresso de novos **BENEFICIÁRIOS** que já compunham o quadro de funcionários da empresa **CONTRATANTE**, e que não tenham sido incluídos na listagem inicial encaminhada à Operadora para cálculo atuarial e fixação do preço do contrato, a proposta de contratação será invalidada, devendo ser reapresentada constando a totalidade dos **BENEFICIÁRIOS** vinculados a empresa.

CLÁUSULA 92. A **CONTRATANTE** assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que o **TRASMONTANO** seja submetido ou obrigado a pagar, inclusive ressarcindo-o financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por **BENEFICIÁRIOS** ou **EX-BENEFICIÁRIOS** em relação aos direitos e obrigações do contrato, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA 93. São documentos do presente contrato: a Proposta Comercial, seus anexos, os comunicados disponibilizados no canal web, bem como as carteiras de identificação.

CLÁUSULA 94. Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das Condições Gerais do contrato ou de quaisquer outros documentos que dele sejam parte integrante e complementar.

CLÁUSULA 95. A portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, deverá ser requerida pelo **BENEFICIÁRIO** Titular ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**.

CLÁUSULA 96. Fica a **CONTRATANTE** obrigada a comunicar ao **BENEFICIÁRIO** Titular ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, com antecedência mínima de 30 dias, a data inicial e final do período para requisição da portabilidade especial.

CLÁUSULA 97. A **CONTRATANTE** se compromete a distribuir o respectivo Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual para os **BENEFICIÁRIOS** que forem incluídos no contrato.

CLÁUSULA 98. A **CONTRATANTE** se obriga a enviar ao **TRASMONTANO** toda a documentação e informação

necessária que esta última necessite para a defesa de seus interesses, seja no âmbito judicial ou extrajudicial, no prazo imprerível de 03 (três) dias a partir da solicitação por meio eletrônico, sem prejuízo de prazo menor eventualmente definido pela autoridade solicitante, sob pena de descumprimento do contrato, bem como responsabilização pelos prejuízos comprovadamente advindos do ato, incluindo, mas não se limitando, às astreintes.

CLÁUSULA 99. A CONTRATANTE também se obriga a tomar todas as providências que lhe são cabíveis para cumprimento de ordens judiciais e extrajudiciais emanadas relativas ao objeto do presente contrato, inclusive aquelas em nome do **TRASMONTANO** que estejam sob sua responsabilidade por força deste contrato, sob pena de descumprimento do contrato e de arcar com todos os ônus, financeiros ou não, decorrentes de tal ato, desde que seja comunicada no prazo mínimo de 02 (dois) dias úteis, sem prejuízo de prazo judicial menor.

CLÁUSULA 100. Para a hipótese de eventual ação judicial interposta em estrita decorrência do objeto deste contrato, que decorra de ato inequívoco da **CONTRATANTE**, fica este desde já autorizado ao **TRASMONTANO** a proceder à denúncia da lide ou o chamamento ao processo da **CONTRATANTE**, conforme previsão da legislação processual vigente.

CLÁUSULA 101. O não acionamento judicial por meio da intervenção de terceiros apontada acima, não exclui o direito de regresso do **TRASMONTANO**, a ser executado por outros meios.

CLÁUSULA 102. A CONTRATANTE, neste ato, declara ter ciência de que, por força do artigo 32 da Lei nº 9656/98, todos os atendimentos médicos-hospitalares prestado pela rede pública de saúde a quaisquer dos **BENEFICIÁRIOS** do presente contrato serão cobrados do **TRASMONTANO** pela ANS (ressarcimento ao SUS), constituindo-se desta forma em custos assistenciais da **CONTRATANTE** e considerados para fins de cálculo dos índices de sinistralidade.

CLÁUSULA 103. A CONTRATANTE declara ter ciência de que as informações oriundas do presente contrato são confidenciais e se compromete a zelar por todas as informações recebidas, de forma evitar que sejam reveladas a terceiros, utilizando para tanto o mesmo zelo e cuidado que dispensa a suas próprias informações de igual importância.

103.1. A não observância desta cláusula sujeitará a **CONTRATANTE**, como também o agente causador ou facilitador a ela vinculado, o pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pelo **TRASMONTANO**, sem prejuízo da responsabilidade criminal, que serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

103.2. O término do presente contrato não desobriga a **CONTRATANTE** quanto ao compromisso de confidencialidade aqui estipulado em relação as informações divulgadas anteriormente a efetiva data de seu encerramento.

103.3. O **TRASMONTANO** não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a **CONTRATANTE** e os **BENEFICIÁRIOS**, e que não sejam aqueles deste contrato, exceto se previamente aprovados pelo **TRASMONTANO** por escrito.

CLÁUSULA 104. Não cabe à **CONTRATANTE** pleitear qualquer ressarcimento pecuniário decorrente de atendimento fora do plano contratado e alheio às formas de operação dos planos privados de assistência à saúde do **TRASMONTANO**.

CLÁUSULA 105. O presente contrato obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

TEMA XXI. CONFIDENCIALIDADE E NÃO DIVULGAÇÃO

CLÁUSULA 106. O **BENEFICIÁRIO** ou seu **REPRESENTANTE LEGAL**, se compromete, por intermédio deste Instrumento a não divulgar, sem autorização, quaisquer informações de propriedade do Centro Trasmontano de São Paulo, em conformidade com as seguintes cláusulas e condições:

106.1.1 O RESPONSÁVEL reconhece que tomou conhecimento de informações privadas do Centro Trasmontano de São Paulo, que podem e devem ser conceituadas como segredo de negócio.

106.1.2 Estas informações devem ser tratadas confidencialmente sob qualquer condição e não podem ser

divulgadas a terceiros não autorizados, incluindo-se os próprios empregados do Centro Trasmontano de São Paulo e do **RESPONSÁVEL**, sem a expressa e escrita autorização do representante legal signatário do Contrato ora referido.

106.1.3 As informações a serem tratadas confidencialmente são aquelas assim consideradas no âmbito do Centro Trasmontano de São Paulo e que, por sua natureza, não são ou não deveriam ser de conhecimento de terceiros, tais como:

- I.** Listagens e documentações com informações confidenciais, inclusive aquelas relativas ao sigilo de negócio do Centro Trasmontano de São Paulo devem observar, por imposição legal;
- II.** Documentos relativos aos associados, credenciados, terceiros, prestadores, clientes e respectivas informações, armazenadas sob qualquer forma, inclusive informatizadas;
- III.** Metodologias e Ferramentas de desenvolvimento de produtos e serviços, desenvolvidas pelo Centro Trasmontano de São Paulo;
- IV.** Valores e informações de natureza operacional, financeira, administrativa, negocial, contábil e jurídica;
- V.** Outros documentos e informações porventura conhecidos durante a execução dos serviços.

106.1.4 O **BENEFICIÁRIO** reconhece que as referências dos incisos da Cláusula 106.1.3 deste **INSTRUMENTO** são meramente exemplificativas, e que outras hipóteses de confidencialidade que já existam ou venham ser como tal definidas no futuro devem ser mantidas sob sigilo. Em caso de dúvida acerca da natureza confidencial de determinada informação, o **RESPONSÁVEL** deverá mantê-la sob sigilo até que venha a ser autorizado expressamente pelo representante legal do Centro Trasmontano de São Paulo a tratá-la diferentemente.

106.1.5 Em hipótese alguma a ausência de manifestação expressa do Centro Trasmontano de São Paulo poderá ser interpretada como liberação e qualquer dos compromissos ora assumidos.

106.1.6 O **RESPONSÁVEL** recolherá, ao término do Contrato, para imediato descarte seguro ou devolução ao Centro Trasmontano de São Paulo, todo e qualquer material de propriedade deste, inclusive notas pessoais envolvendo matéria sigilosa a este relacionada, registro de documentos de qualquer natureza que tenham sido criados, usados ou mantidos sob seu controle ou posse seja de seus empregados, prepostos, prestadores de serviço seja de fornecedores, com vínculo empregatício ou eventual com o **RESPONSÁVEL**, assumindo o compromisso de não utilizar qualquer informação sigilosa ou confidencial a que teve acesso enquanto contratado pelo Centro Trasmontano de São Paulo.

106.1.7 O **RESPONSÁVEL** determinará a todos os seus empregados, prepostos e prestadores de serviço que estejam direta ou indiretamente envolvidos com a prestação de serviços objeto do Contrato, a observância do presente contrato, adotando todas as precauções e medidas para que as obrigações oriundas do presente instrumento sejam efetivamente observadas.

106.1.8 O **RESPONSÁVEL** obriga-se a informar imediatamente ao Centro Trasmontano de São Paulo qualquer violação das regras de sigilo ora estabelecidas que tenha ocorrido por sua ação ou omissão, independentemente da existência de dolo, bem como de seus empregados, prepostos e prestadores de serviço.

106.1.9 As **PARTES** manterão a confidencialidade em relação às operações de tratamento de dados decorrentes do presente contrato e assegurarão que qualquer pessoa que elas autorizem a processar tais dados está sujeita à mesma obrigação de confidencialidade.

106.1.10 As **PARTES** serão responsáveis por quaisquer perdas, custos, prejuízos, despesas, encargos ou danos sofridos ou incorridos pela **PORTE** prejudicada face à violação desta cláusula.

106.1.11 As **PARTES** declaram e se comprometem a cumprir as obrigações da legislação de privacidade e proteção de dados pessoais, tais como a **LGPD**, incluindo normas modificadoras e regulamentos ulteriormente emanados das autoridades competentes, na medida em que as **PARTES** realizem qualquer operação de tratamento de dados. As definições de dados pessoais e modalidades de tratamento serão ditadas pela legislação aplicável.

106.1.12 As **PARTES** deverão implementar medidas técnicas e organizacionais apropriadas para proteger os dados recebidos da outra parte ou sob indicação desta. Tais medidas devem considerar as melhores práticas em uso no momento do tratamento dos dados transmitidos, sua natureza, escopo e objetivos de processamento.

106.1.13 Caso algum incidente de segurança ocorra em relação a dados pessoais transmitidos pela **CONTRATADA**, deverá a **CONTRATANTE** informar a **CONTRATADA** em 48 horas, fornecendo todos os detalhes do ocorrido, além de cooperar para o deslinde dos fatos e esclarecimentos.

106.1.14 O descumprimento de quaisquer das cláusulas do presente instrumento acarretará a responsabilidade

civil e criminal dos que, comprovadamente, estiverem envolvidos no descumprimento ou violação.

106.1.15 As obrigações a que alude este instrumento perdurarão inclusive após a cessação do vínculo contratual entre o **RESPONSÁVEL** e o Centro Trasmontano de São Paulo e abrangem as informações presentes ou futuras.

106.1.16 O **RESPONSÁVEL** se compromete no âmbito do Contrato, a apresentar ao Centro Trasmontano de São Paulo declaração individual de adesão e aceitação das presentes cláusulas, de cada integrante ou participante da equipe que prestar ou vier a prestar os serviços especificados no Contrato.

107. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Neste instrumento serão aplicadas as definições a seguir:

107.1.1 “LGPD”: significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei n. 13.709, de 14 de Agosto de 2018 assim como suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores;

107.1.2 “Autoridade Nacional”: significa a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ou “ANPD”);

107.1.3 “Violação de Dados Pessoais”: significa um incidente de segurança que leve à destruição, perda, alteração, revelação não autorizada ou acesso, acidental ou ilegal, de/a dados pessoais;

107.1.4 “Dados Pessoais da **CONTRATANTE**”: significa qualquer dado pessoal tratado pela **CONTRATADA** em nome da **CONTRATANTE** ou que a **CONTRATADA** tenha recebido da **CONTRATANTE** ou a que tenha tido acesso em conexão com o Contrato;

107.1.5 Os termos “dados pessoais”, “titular de dados”, “controlador”, “operador” e “tratamento” possuem o significado que lhes é dado pelo Art. 5º da LGPD.

107.2 Este contrato aplica-se a toda atividade de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** quando esta estiver atuando como operadora em nome da **CONTRATANTE** (Controladora) e/ou, quando a **CONTRATADA** estiver atuando como controladora independente dos Dados Pessoais da **CONTRATANTE**, desde que tenha recebido ou tido acesso a Dados Pessoais da **CONTRATANTE** em conexão com este Contrato. Este contrato permanecerá em vigor enquanto a **CONTRATADA** tratar Dados Pessoais da **CONTRATANTE**, nos termos permitidos pela lei aplicável, incluindo, sem limitações, todas as provisões relativas a confidencialidade, remediação, retenção de dados e registros de tratamento de dados.

107.3 Obrigações Gerais. As provisões seguintes serão aplicadas a todas as atividades de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** realizadas pela **CONTRATADA**:

107.3.1 A **CONTRATADA** deverá cumprir a Legislação de Proteção de Dados que tenha conexão com as obrigações deste instrumento.

107.3.2 A **CONTRATADA** somente realizará atividades de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** de acordo com as restrições ou condições informadas pela **CONTRATANTE**.

107.3.3 A **CONTRATADA** adotará todas as medidas razoavelmente necessárias para auxiliar a **CONTRATANTE** no cumprimento de suas obrigações perante a Legislação de Proteção de Dados.

107.3.4 A **CONTRATADA** implementará medidas técnicas e organizacionais para proteger os Dados Pessoais da **CONTRATANTE** contra acessos, perdas, alteração, revelação, destruição não autorizados ou acidentais ou qualquer outra forma de tratamento não autorizada ou ilegal.

107.3.5 A **CONTRATADA** não irá transferir os Dados Pessoais da **CONTRATANTE**, objeto deste instrumento, para fora do Brasil sem a autorização prévia da **CONTRATANTE**, e essa autorização não deverá ser indevidamente negada. Se a autorização for dada, a **CONTRATADA** deverá garantir que qualquer transferência para fora do Brasil seja objeto de um apropriado Acordo de Transferência ou de outro mecanismo apropriado requerido para fins de cumprimento da LGPD ou da Legislação de Proteção de Dados.

107.3.6 Caso a **CONTRATADA** colete qualquer dado pessoal em nome da **CONTRATANTE**, esses dados serão coletados de acordo com a forma, parâmetro ou exigência legal aplicável, inclusive em relação aos meios de coleta, conforme a **CONTRATANTE**, de tempos em tempos, especificar. A **CONTRATADA** manterá registros de cada consentimento coletado e fornecer esses registros à **CONTRATANTE** mediante solicitação desta. A **CONTRATADA** deverá transferir os dados pessoais à **CONTRATANTE** conforme frequência, meios e formatos especificados por esta.

107.4 Obrigações do Operador de Dados. Além das obrigações gerais listadas no inciso 107.3, acima, quando a **CONTRATADA** atuar como operador e estiver tratando Dados Pessoais da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** deverá:

107.4.1 Apenas tratar Dados Pessoais da **CONTRATANTE** para os propósitos de prestação dos Serviços, cumprindo as obrigações expressas neste Contrato e sob a(s) orientação(ões) por escrito da **CONTRATANTE**.

107.4.2 Informar à **CONTRATANTE**, imediatamente, se (i) considerar que uma orientação sobre tratamento de

Dados Pessoais da **CONTRATANTE** dada por esta viola qualquer lei aplicável ou (ii) for obrigada por lei ou decisão de autoridade administrativa ou judicial a tratar Dados Pessoais da **CONTRATANTE** que não tenham sido os acordados neste Contrato;

107.4.3 Garantir que todo o seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a Dados Pessoais da **CONTRATANTE** estejam sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados;

107.4.4 Informar à **CONTRATANTE** qualquer mudança nas políticas, comunicados ou procedimentos relativos a proteção de dados pessoais.

107.4.5 Não revelar ou transferir os Dados Pessoais da **CONTRATANTE** a nenhum terceiro sem o prévio e expresso consentimento escrito desta, exceto quando referida revelação ou transferência for para agente ou subcontratado que, previamente a tal divulgação, tenha estabelecido, mediante contrato escrito, estar vinculado a obrigações que forem não menos onerosas que as obrigações estabelecidas neste instrumento.

107.4.6 Ser integralmente responsável por todos os atos e omissões de seus empregados, agentes e subcontratados, do mesmo modo que com relação a seus próprios atos e omissões.

107.4.7 Implementar e manter um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à natureza do dado pessoal tratado em relação com o Contrato, medidas que correspondam ou superem padrões e boas práticas industriais e que sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais;

107.4.8 Em caso de Violação de Dados Pessoais, efetiva ou razoavelmente suspeita, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, sem atraso indevido (e, em qualquer caso, dentro de vinte e quatro (24h) horas), e, às suas próprias expensas, empreenderá uma investigação apropriada e envidará todos os esforços de remediação necessários a corrigir e impedir a recorrência de incidente de Violação de Dados Pessoais e fornecerá à **CONTRATANTE** todas as informações necessárias a permitir que a esta cumpra os requisitos aplicáveis conforme a Legislação de Dados aplicável, 28 inclusive com relação à manutenção de registros e relatórios;

107.4.9 Notificar a **CONTRATANTE**, imediatamente, sem demora indevida e, em qualquer caso, dentro de vinte e quarto (24) horas, quanto a qualquer solicitação:

I. de informações pedidas por ou de reclamações apresentada perante a Autoridade Nacional ou de qualquer outra autoridade pública em qualquer jurisdição em relação aos Dados Pessoais da **CONTRATANTE**; e
II. de um titular de dados que exerça direitos previstos na Legislação de Proteção de Dados, tais como o direito de acessar, retificar, alterar, corrigir, compartilhar, excluir ou interromper o tratamento de seus dados pessoais;

107.4.10 Fornecer à **CONTRATANTE** toda a assistência razoavelmente necessária para que esta cumpra suas obrigações perante a Legislação de Proteção de Dados (inclusive no que se refere à resposta a solicitações de titulares de dados no exercício de seus direitos e às consultas às autoridades competentes);

107.4.11 Notificar a **CONTRATANTE**, imediatamente, sem demora indevida e, em qualquer caso, dentro de vinte e quatro (24) horas, caso não possa prestar à **CONTRATANTE** a assistência indicada no item 107.4.10 deste instrumento, estabelecendo os motivos para não poder fornecer essa assistência;

107.4.12 Segundo opção da **CONTRATANTE**, prontamente, excluir ou devolver todos os Dados Pessoais da **CONTRATANTE** mediante solicitação desta ou na ocorrência de rescisão deste Contrato, a menos que haja obrigação em diferente sentido, nos termos da Legislação de Proteção de Dados aplicável;

107.4.13 Mediante solicitação da **CONTRATANTE**, corrigir ou atualizar quaisquer Dados Pessoais da **CONTRATANTE** mantidos pela **CONTRATADA**;

107.4.14 Garantir a **CONTRATADA**, por si própria, que mantém e que seus funcionários, agentes e contratados mantenham a confidencialidade de todos os dados, informações ou know-how relacionados à **CONTRATANTE**, aos quais tenham tido acesso como resultado da execução do Contrato, excluídos dessa obrigação os dados em domínio público ou divulgados à **CONTRATADA** sem violação de nenhuma obrigação de confidencialidade;

107.4.15 Mediante solicitação da **CONTRATANTE**, disponibilizar as informações razoavelmente necessárias para demonstrar a conformidade com este instrumento e permitir que a **CONTRATANTE** ou outro auditor que a represente audite o cumprimento deste instrumento; e

107.4.16 Garantir que as transferências de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** para fora do Brasil sejam feitas apenas de acordo com o seguinte:

I. a transferência seja para uma jurisdição considerada pela Autoridade Nacional no Brasil como tendo um nível adequado de proteção de dados;

II. a transferência esteja sujeita a disposições contratuais de acordo com o previsto na Legislação de

Proteção de Dados;

III. de acordo com uma estrutura considerada adequada e aprovada pela **CONTRATANTE**, composta de cláusulas gerais, políticas corporativas globais e códigos de conduta regularmente emitidos; ou IV. de acordo com um documento acordado por escrito entre as Partes e de acordo com as provisões da Legislação de Proteção de Dados para transferir legalmente Dados Pessoais da **CONTRATANTE** para fora do Brasil.

107.5 Remediação. As **PARTES** concordam que a **CONTRATANTE** terá o direito de ser reembolsada pela **CONTRATADA** por quaisquer perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos pela **CONTRATANTE** e que resultem de uma Violação de Dados pessoais, falha na adoção de medidas de segurança exigidas pelo Artigo 46 da LGPD ou da violação de algum item desta cláusula em relação a quaisquer dados pessoais tratados em conexão com o Contrato, e que tais valores serão considerados perdas diretas e serão devidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, mediante comprovação.

TEMA XXII. DEFINIÇÕES

CLÁUSULA 108. Para os efeitos deste contrato, ficam estabelecidas as seguintes definições:

Acidente Pessoal: É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Aniversário: É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste.

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar.

BENEFICIÁRIO Titular: É a pessoa física que faz parte do Grupo Beneficiado, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.

BENEFICIÁRIO Dependente: É a pessoa física efetivamente incluída neste contrato, pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, e assim definida: o cônjuge ou companheiro(a); filhos(as) naturais, adotivos ou enteados solteiros(as) até 30 anos incompletos; tutelados e menores sob guarda até 18 anos incompletos.

BENEFICIÁRIO Inativo: É o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que optou pela sua manutenção na condição de **BENEFICIÁRIO** do plano contratado pela **CONTRATANTE**.

BENEFICIÁRIO Contributário: É o **BENEFICIÁRIO** Titular que contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela **CONTRATANTE** em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário.

BENEFICIÁRIO Não Contributário: É o **BENEFICIÁRIO** Titular que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela **CONTRATANTE** em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaiando o ônus do custeio totalmente sobre a **CONTRATANTE**.

Carência: É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado da data de adesão ao contrato, durante o qual o **BENEFICIÁRIO**, mesmo com o pagamento da mensalidade pela **CONTRATANTE**, não tem direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos.

Cirurgia Eletiva: É o procedimento cirúrgico constante do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a ser realizado em data de escolha do **BENEFICIÁRIO** ou de seu médico, desde que a referida data não comprometa a eficácia do tratamento.

Cobertura Assistencial: É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com o **TRASMONTANO**.

Cobertura Parcial Temporária: É a suspensão por período ininterrupto de até 24 meses, à partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo **BENEFICIÁRIO**.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para o **TRASMONTANO**, quanto para a **CONTRATANTE** e o **BENEFICIÁRIO**.

Contratada: É o Centro Trasmontano de São Paulo (**TRASMONTANO**), que assume todos os riscos inerentes às coberturas de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

Contratante: É a pessoa jurídica que contrata este plano, ficando investida dos poderes de representação dos **BENEFICIÁRIOS** perante o **TRASMONTANO**, sendo responsável por todas as comunicações, avisos e esclarecimentos

sobre as Condições Gerais inerentes a este contrato.

Contrato Agregado ao Agrupamento: Contrato que integra o agrupamento de contratos por conter, na data de apuração da quantidade de **BENEFICIÁRIOS**, até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS** para fins de cálculo do reajuste anual.

Emergência: É a alteração aguda do estado de saúde que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

Entrevista Qualificada: É a entrevista na qual ocorre o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pelo **TRASMONTANO**, no qual o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal relaciona, se for o caso, toda(s) a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) sobre a(s) qual(is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação a ele próprio, quanto a todos os **DEPENDENTES** integrantes da Ficha de Beneficiários. O **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal poderá utilizar-se de um médico orientador da Rede Credenciada ou, ainda, de um médico de sua preferência, desde que, por este último, assuma o ônus da entrevista.

Evento Coberto: É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

EX-BENEFICIÁRIO: É aquele que já participou do plano na condição de **BENEFICIÁRIO**.

Ficha de Adesão: É o documento pelo qual a **CONTRATANTE** informa ao **TRASMONTANO** os dados pessoais do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e de seus **DEPENDENTES**.

Grupo Beneficiado: É o conjunto de pessoas que podem ser aceitas no contrato, vinculadas diretamente à **CONTRATANTE** ou, no caso dos **DEPENDENTES**, por intermédio do **BENEFICIÁRIO** Titular, em razão de vínculo empregatício ou relação estatutária, comprovados em documentação oficial. Poderão, ainda, integrar o Grupo Beneficiado, os aposentados e demitidos sem justa causa que estejam usufruindo os benefícios previstos na legislação em vigor, sendo certo que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da **CONTRATANTE**, devendo esta, na hipótese de cancelamento do contrato, se responsabilizar pela continuidade na concessão de tais benefícios.

Início de Vigência: É a data definida conforme descrito na Proposta Comercial/Proposta de Adesão observandose os prazos de entrega de documentação e do protocolo no **TRASMONTANO**.

Internação Hospitalar: De acordo com o Anexo 14 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tendo como referência a RDC ANVISA nº50/2002, a internação hospitalar é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas;

Leito de Alta Tecnologia: É a acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados.

Limitações de Cobertura: São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Médico Orientador: Profissional médico disponibilizado pelo **TRASMONTANO** ou escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde constante da Ficha Cadastral, na ocasião da Entrevista Qualificada.

Mensalidade: É a importância paga pela **CONTRATANTE** ao **TRASMONTANO**, na periodicidade prevista no contrato, em contrapartida às coberturas oferecidas.

Parto a Termo: É aquele que ocorre entre a 38ª. (trigésima oitava) e a 42ª. (quadragésima Segunda) semana de gestação.

Procedimento de Alta Complexidade: É aquele que requer estrutura hospitalar e serviços de alto grau de especialização, relacionado no Índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data da realização do evento.

Procedimento Estético: É todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise à recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Programas Especiais de Atendimento: São ações desenvolvidas pelo **TRASMONTANO** Saúde através de programas de indicação de profissionais especialistas ou estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas ou laboratórios) preparados para o acompanhamento e tratamento de patologias.

Proposta Comercial de Contrato Coletivo Empresarial / Proposta de Adesão: É o documento no qual a Proponente

apresenta sua pretensão em contratar coberturas de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas a serem garantidas pelo **TRASMONTANO**.

Reajuste Financeiro: É a atualização do valor da mensalidade em função da variação dos custos médicos e hospitalares, despesas comerciais, administrativas e gerais do **TRASMONTANO**, no período de 12 (doze) meses.

Reajuste Técnico: É a revisão do valor da mensalidade decorrente de alteração na taxa de utilização do contrato.

Rede Credenciada: É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente do **TRASMONTANO**, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)**.

Reembolso: É a importância máxima, de responsabilidade do **TRASMONTANO**, para fins de restituição dos valores pagos pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador de serviços, respeitados os limites estabelecidos nestas Condições Gerais, desde que o procedimento tenha sido realizado em caráter de urgência ou emergência comprovada, quando verificada a impossibilidade de utilização da Rede Própria ou Credenciada do **TRASMONTANO**.

Segmentação Assistencial: É o tipo de cobertura contratada no plano de assistência à saúde.

Tabela Básica de Procedimentos Médico-Hospitalares Trasmontano: É a relação de procedimentos médico-hospitalares, vigente à época do evento, para efeito de cálculo do pagamento das respectivas coberturas e reembolsos, devidamente registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo, para atender ao plano contratado.

Urgência: É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

TEMA XXII. ELEIÇÃO DE FORO

CLÁUSULA 109. Fica eleito, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato, o foro do domicílio do **BENEFICIÁRIO** e/ou da **CONTRATANTE**.