

# CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

## CONDIÇÕES GERAIS - Versão 07/2022

### PREÂMBULO

Este Contrato e as respectivas Condições Específicas encontram-se devidamente registrados em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade do Rio de Janeiro e disponíveis no portal da Klini: <https://www.klinisaude.com.br/>.

### DEFINIÇÕES

As seguintes definições deverão ser observadas para interpretação do presente instrumento:

1. **Abrangência Geográfica** – Especificação taxativa dos estados e/ou municípios onde a KLINI fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário. A abrangência do plano poderá ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios de acordo com o produto contratado e identificado na proposta de adesão assinada pelas partes.
2. **Acidente Pessoal** - É um acontecimento inesperado, com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento que causa lesões físicas que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, demande a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial para seu tratamento.
3. **Acomodação Coletiva** – Também definido com enfermaria são aqueles quartos não privativos que possuem mais de um leito.
4. **Acomodação Individual** – Também definido como apartamento são aqueles quartos privativos e com banheiro individual.
5. **Acompanhamento Clínico Pós-operatório** - é aquele que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da

realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção.

6. **ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)** – É o órgão regulador que normatiza, controla e fiscaliza as atividades de assistência suplementar à saúde, como a prestação de serviço regulada pelo presente contrato.
  
7. **Agravo** – É o acréscimo, facultativo e necessariamente expresso na proposta assinada pelas partes, no valor da contraprestação mensal do plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito a cobertura integral contratada, inclusive para as doenças e lesões preexistentes declaradas.
  
8. **Agrupamento Contratual** – É o conjunto de contratos para a diluição do risco operacional e unificação do reajuste, composto pelo número total de beneficiários de cada um dos contratos agrupados.
  
9. **Área de Atuação do Produto** – Especificação nominal dos estados e/ou municípios que compõem as áreas de abrangência geográfica do produto, ou seja, os locais onde a Operadora está obrigada a garantir a cobertura contratual.
  
10. **Assistência Ambulatorial** - é aquela que assegura os atendimentos referentes a consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, inclusive cirurgias de pequeno porte, para os quais não haja necessidade de internação hospitalar;
  
11. **Assistência Hospitalar** - é aquela prestada em ambiente hospitalar, decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam a internação do beneficiário;

12. **Atendimento Clínico para Planejamento Familiar** - é realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção;
13. **Atividades Educacionais para Planejamento Familiar** - são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive a sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
14. **atendimento / procedimento eletivo** - termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.
15. **Atendimento / Procedimento De Emergência** - é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
16. **Atendimento / Procedimento De Urgência** - é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
17. **Atendimento / Procedimento Obstétrico** - todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
18. **Autorização Prévia** – É a requisição em que os profissionais assistentes solicitam formalmente à KLINI a liberação dos procedimentos eletivos antes de sua realização.

19. **Beneficiários** – É a pessoa física titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e no Contrato assinado com a KLINI para a garantia da assistência médico-hospitalar, sendo classificados como:

19.1. **Beneficiário Titular** – Aquele que possui vínculo empregatício ou estatutário com a estipulante do contrato, incluindo demitidos e aposentados sem justa causa, ou ainda, os sócios, administradores, trabalhadores temporários, estagiários, aprendizes vinculados à estipulante do Contrato.

19.2. **Beneficiário Dependente** – São aqueles dependentes do beneficiário titular, incluídos em seu plano, que serão definidos conforme o disposto neste contrato.

20. **Cálculo Atuarial** - é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos Beneficiários pela contraprestação.

21. **Carência** – É o intervalo de tempo durante o qual o beneficiário irá pagar a mensalidade, mas o acesso a algumas coberturas ainda não está autorizado. O seu cumprimento começa a partir do início da vigência contratual registrado no contrato e na carteirinha e termina no prazo estabelecido no art. 12, V da Lei 9.656/98, salvo se as partes estabelecerem contratualmente a redução.

22. **Carteirinha de identificação** – É o cartão físico e/ou digital pessoal, individual e intransferível, que possui os dados do beneficiário e do produto contratado, devendo ser apresentado aos prestadores no momento da solicitação de atendimento.

23. **CID-10** - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

24. **Cobertura** – É a garantia de atendimento aos beneficiários, de acordo com o produto contratado, para aqueles procedimentos constante no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde instituído e atualizado pela ANS, respeitando as limitações geográficas, de segmentação e rede credenciada do produto contratado.

25. **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – É a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, para cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal na Declaração Pessoal de Saúde (DPS), observado o princípio da Boa-fé. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), vez que correm de maneira independente e não podem ser somados.

26. **Contraprestação Mensal** – É o valor pago mensalmente à KLINI, em moeda corrente nacional para assegurar o direito à cobertura contratual, sendo a sua inadimplência causa para suspensão e/ou cancelamento do Contrato na forma prevista neste instrumento.

27. **Contribuição** – É o valor pago ou descontado em folha pelo empregado para custear parte ou integralmente a contraprestação do plano de saúde oferecido pelo empregado estipulante do contrato, em decorrência do vínculo empregatício. Para os fins legais, **NÃO** são consideradas contribuições os valores relacionados aos dependentes ou aqueles pagos em coparticipação ao utilizar os serviços.

28. **Coparticipação** – Mecanismo de regulação financeira que consiste no valor que o beneficiário paga única e exclusivamente quando utiliza os serviços assistenciais, colaborando na despesa assistencial paga pelo estipulante.
29. **Declaração Pessoal de Saúde e Termo de Responsabilidade** – É o formulário em que proponente preenche com as informações sobre as doenças e lesões que ele e/ou seus dependentes possuem ou já possuíram no momento da contratação do plano, se responsabilizando por qualquer omissão sob as penas previstas em lei.
30. **Doença** – É o termo genérico que abrange qualquer perturbação física ou mental do beneficiário que requeira tratamento e não se enquadre na definição de acidente pessoal.
31. **Doença Aguda** – falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
32. **Doença Congênita** – É aquela que é hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, podendo se manifestar desde o nascimento ou a qualquer tempo.
33. **Doença Crônica** – Aquelas que são permanentes e/ou deixam incapacidade residual e/ou são causadas por alteração patológica não reversível, exigido tratamento ou acompanhamento médico de forma contínua ou intermitente.
34. **Doença ou lesão preexistente** - Doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da inclusão no plano privado de assistência à saúde, observado o Princípio da Boa-fé.
35. **Doença Profissional** - é aquela adquirida em consequência do trabalho.

36. **Emergência** – São os casos que implicam em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis, conforme previsto no art. 35-C da Lei 9.656/98, assim declarada expressamente pelo médico assistente.
37. **Estipulante do Contrato** – É a pessoa jurídica que contrata o plano privado de assistência á saúde em favor dos seus funcionários e associados, sendo a principal responsável pelo pagamento das contraprestações mensais à KLINI.
38. **EXAME** - é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do Beneficiário.
39. **Garantia de transporte** – É a obrigação prevista pela RN ANS n.º 259/11, ou aquela que a substitua, da Operadora garantir o transporte do beneficiário até o local de atendimento e seu retorno ao local de origem de forma compatível com os cuidados demandados e apenas nas exatas condições e situações previstas na referida resolução.
40. **Hospital-dia** - o regime intermediário entre a internação e o ambulatório com atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, caracterizado pela permanência do beneficiário em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas, independentemente do tipo de acomodação prevista no plano contratado pelo mesmo.
41. **Internação Hospitalar** - É o atendimento prestado ao beneficiário, por solicitação do médico assistente, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, e que se limita aos serviços exclusivamente prestados em hospitais.
42. **Médico Assistente** - é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao Beneficiário.

43. **Município de Demanda** - É o local da federação onde o beneficiário se encontra quando necessita do serviço ou procedimento, podendo estar ou não dentro da abrangência geográfica do seu produto. Neste último caso, a KLINI está desobrigada a garantir o atendimento, ainda que de urgência e emergência.

44. **Órtese** - acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

45. **Período de Apuração da Quantidade de Beneficiários** – É o período definido pela KLINI em que são identificadas quais as empresas que participaram do agrupamento contratual, de acordo com a suas quantidades de beneficiários.

46. **Plano Contratado** – É o produto registrado na ANS com todas as suas características pré-estabelecidas para a garantia da assistência médica hospitalar aos beneficiários, mediante o pagamento de contraprestação mensal.

47. **Plano Contributário** – É aquele em que os beneficiários titulares contribuem com o pagamento da contraprestação mensal do plano oferecido pelo empregador estipulante do contrato e, portanto, possuem direito à continuidade contratual nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9.656/98.

48. **Plano Não Contributário** – É aquele custeado integralmente pelo empregador, sem qualquer desconto ou contribuição do empregado e, portanto, **NÃO** garantem a continuidade contratual nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9.656/98.

49. **Plano Coletivo Empresarial** - É aquele limitado à cobertura da assistência médica hospitalar à população delimitada e vinculada à



pessoa jurídica, em caráter empregatício ou estatutário, demitidos e aposentados ou, ainda, outros indivíduos vinculados à Contratante, desde que previstos no §1º, do art. 5º, da RN nº 195/09 e contratualmente.

- 50. Procedimentos Hospitalares**- São todos os atos médicos, paramédicos ou sociais que têm por finalidade a manutenção, recuperação ou promoção do bem-estar biológico, psicológico ou social do Beneficiário, praticados em ambiente hospitalar, entre os quais tratamentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, atendimentos em pronto-socorro ou outras unidades de saúde e remoção em ambulância.
- 51. Procedimentos de Alta Complexidade** – São aqueles que a ANS definiu como tal no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e que quando referentes à lesões ou doenças preexistentes, poderão ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.
- 52. Procedimentos Eletivos** - São aqueles que podem ser programados com antecedência, não se caracterizando como Urgência ou Emergência.
- 53. Proposta de Contratação** – Documento formal e parte indissociável deste Contrato, que é preenchida e assinada pelo estipulante do contrato, expressando a intenção de contratar o Plano Privado de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações e onde estarão estabelecidas todas as particularidades daquela contratação.
- 54. Prótese** - peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- 55. Rede Credenciada** - É a rede de serviços médico-hospitalares terceirizada que presta atendimento de acordo com o produto contratado, sendo certo que o fato de ser credenciado a algum produto não garante o

atendimento à todos os produtos, mas apenas àqueles que o contemplem em sua rede credenciada.

56. **Rede Própria** - É a rede de serviços médico-hospitalares em que as unidades pertencem à KLINI ou a entidades e empresas coligadas ou controladas pelo mesmo grupo econômico da KLINI que prestam atendimentos de acordo com o plano contratado, sendo certo que o fato de ser rede própria não garante o atendimento a todos os produtos, mas apenas para aqueles que possuem previsão de cobertura na unidade.

57. **Reembolso** – É o ressarcimento parcial ou integral das despesas cobertas pelo plano contratado e pagas diretamente pelo beneficiário na utilização de serviços não credenciados pela KLINI, conforme previsão contratual.

58. **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** – É a lista taxativa de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, respeitando as Diretrizes de Utilização (DUT) e a segmentação contratada. O Rol de Procedimentos atualizado pode ser consultado no portal da ANS por meio do endereço: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

59. **Sinistralidade** - É a divisão entre o valor total das despesas assistenciais, apuradas durante determinado período de avaliação, pelo total das contraprestações pecuniárias mensais líquidas de impostos, tributos e demais encargos, cobrados durante este mesmo período de avaliação que serve de parâmetro para o reajuste contratual.

60. **Urgência** - São casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração de médico assistente, nos termos do Art. 35-C da Lei 9.656/98.

61. **Vigência**: Data a partir da qual se calcula o cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária, em que há a restrição de

utilização do plano. Nos planos individuais e familiares se dá essencialmente com o pagamento da primeira mensalidade para Operadora e não da taxa de angariação do corretor e nos coletivos será acordado contratualmente entre as partes e registrado na proposta de adesão e na carteirinha.

#### **SUMÁRIO CONTRATUAL:**

CLÁUSULA 1ª. – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

CLÁUSULA 2ª. - DADOS GERAIS DOS PLANOS OFERTADOS

CLÁUSULA 3ª. –OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA

CLÁUSULA 4ª. – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO e PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

CLÁUSULA 5ª. – COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

CLÁUSULA 6ª. – COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CLÁUSULA 7ª. – COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLÁUSULA 8ª. – REEMBOLSO EM CASO DE NÃO ACESSO À REDE

CLÁUSULA 9ª. – EXCLUSÕES DE COBERTURA

CLÁUSULA 10ª. – PRAZO E RESCISÃO

CLÁUSULA 11ª. – PRAZOS DE CARÊNCIAS

CLÁUSULA 12ª. – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CLÁUSULA 13ª – DIRECIONAMENTO PARA ASSEGURAR ATENDIMENTO ADEQUADO

CLÁUSULA 14ª – MEIOS DE DIVULGAÇÃO E UTILIZAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES

CLÁUSULA 15ª. – CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

CLÁUSULA 16ª. – REAJUSTES

CLÁUSULA 17ª – A UTILIZAÇÃO DOS DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

CLÁUSULA 18ª. – COMUNICAÇÃO COM OS BENEFICIÁRIOS

CLÁUSULA 19ª – REGRAS PARA MANUTENÇÃO DE CONTRATO AOS APOSENTADOS E DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA

CLÁUSULA 20ª –DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 21ª. –FORO DE ELEIÇÃO

### **CLÁUSULA 1ª. – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

1.1 Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como CONTRATADO, KLINI Planos de Saúde Ltda, inscrita no CNPJ sob o nº 34.539.000/0001-86 devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 422.029, com endereço na Av. das Américas, 3200, sls. 204/210, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro – RJ e, de outro lado, como CONTRATANTE, a EMPRESA identificada na proposta de adesão assinada pelas partes e que integra este instrumento contratual e em que constam nome, CNPJ/CPF, endereço e telefone, têm justa e acordada a prestação de assistência médica e hospitalar, na forma das cláusulas e condições a seguir:

### **CLÁUSULA 2ª. - DADOS GERAIS DOS PLANOS OFERTADOS**

2.1. O nome comercial, o padrão de acomodação e o número de registro do(s) plano(s) contratado(s) pelo cliente consta(m) na proposta de adesão assinada pelo CONTRATANTE, que faz parte indissociável deste Contrato.

### **CLÁUSULA 3ª. –OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA**

3.1. O presente instrumento tem por objeto a prestação continuada de assistência à saúde, conforme o produto contratado, na **segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia** e modalidade coletivo empresarial, àqueles titulares que mantêm vínculo com a Contratante, bem como a seus dependentes regularmente inscritos no plano, aqui denominados beneficiários, de acordo de acordo com o art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98.

3.2. Durante a vigência do presente instrumento, o serviço contratado se refere a cobertura de custos sem limite financeiro, visando a assistência médica hospitalar de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, englobando a cobertura de todos procedimentos e eventos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época

do evento, conforme o tipo de segmentação contratada – **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, com abrangência regional para o Município do Rio de Janeiro.

3.3. O presente instrumento é um contrato bilateral, gerando direito e obrigações à ambas as partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor, às regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e à legislação aplicável - Lei nº 9.656/98 ou legislação específica que vier a sucedê-la.

#### **CLÁUSULA 4ª. - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO e PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS**

4.1. Para início, bem como manutenção das condições do presente contrato, a CONTRATANTE deverá incluir e manter no mínimo 2 (dois) Beneficiários, entre titulares e dependentes, até o máximo de 99 (noventa e nove) beneficiários, sendo estes 2 (dois) beneficiários a quantidade mínima para início e manutenção do contrato.

4.2. É considerado Beneficiário Titular a pessoa vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, estagiários, menores aprendizes, sócios e administradores, bem como demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, observado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

4.3. Consideram-se dependentes do Beneficiário titular, para fins e efeitos deste Plano:

4.3.1. Cônjuge ou companheiro (a), comprovada a união por meio da certidão de casamento ou escritura pública de união estável, neste último será considerado a data de início da convivência marital a constante na escritura.

4.3.2. O(s) filho(s) natural(is) ou adotivo(s), enteado(s), desde que solteiro(s) e menor(es) de 21 (vinte e um) anos ou de qualquer idade, se inválido(s) física ou mentalmente em caráter permanente, mediante a comprovação da incapacidade. O(s) tutelado(s) e o(s) menor(es) sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos, de acordo com as regras estabelecidas pelo Código Civil e Estatuto da Criança de do Adolescente (ECA)

4.4. Os Formulários/Termos de Adesão deverão ser preenchidos e assinados pelo CONTRATANTE e pelos Beneficiários Titulares, e encaminhados à KLINI juntamente com a seguinte documentação:

4.4.1. Cópia do RG e CPF, além de comprovante de endereço do titular;

4.4.2. Para inclusão do funcionário como titular:

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

4.4.2.2. Cópia da Carteira de Registro Profissional, quando solicitada pela Klini; ou

4.4.2.3. Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal, para funcionários recém-admitidos.

4.4.2.4. Não obstante a relação dos documentos previstos nos subitens anteriores, a comprovação trabalhista que não puder ser demonstrada pela Guia de Recolhimento do FGTS – 'Fundo de Garantia por Tempo de Serviço', em razão de contratação recente, deverá ser realizada até 90 (noventa) dias após a data de contratação dos respectivos Beneficiários, sob pena de ter cancelado o plano dos mesmos, se não o fizer.

4.4.3. Para inclusão de sócios e administradores: documento societário comprobatório do vínculo com a Contratante

4.4.4. Para estagiários e aprendizes: Contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade.

4.4.5. Para trabalhadores temporários: contrato de trabalho temporário entre a Contratante e a Empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

4.4.6. Para estatutários: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à Contratante

4.4.7 Para a inscrição da companheira(o) como dependente, o titular deverá apresentar a declaração firmada em cartório ou contrato de união estável, declaração do imposto de renda, ou outro documento idôneo que comprove a união estável;

4.4.8. Para a inscrição dos dependentes filhos(as), enteados(as), menores sob guarda e tutelados(as), o titular deverá apresentar uma cópia da certidão de nascimento ou documento de identidade, termo de adoção, ou de guarda, ou de tutela.

4.4.9. Declaração de Saúde devidamente preenchida por todos os Beneficiários do contrato.

4.5. Fica assegurado à KLINI o direito de exigir dos Beneficiários, no momento da inclusão no plano, a comprovação de relação de dependência aqui especificada.

4.6. Os filhos dos Beneficiários, nascidos ou adotados, menores de 21 (vinte e um) anos de idade, poderão ser incluídos no respectivo plano com aproveitamento das carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular, desde que a inclusão ocorra no prazo de 30 (trinta) dias da data do evento e com o devido acréscimo da contraprestação pecuniária.4.6.1. A extinção da adoção confere à KLINI o direito de exclusão do Beneficiário Dependente do plano contratado.

4.7. O plano do Beneficiário Dependente será sempre igual ao do Beneficiário Titular.

4.8. Serão excluídos do Plano os Beneficiários que apresentarem as seguintes situações:

- a) perderem o vínculo com o CONTRATANTE;
- b) nos casos de morte, com a comprovação pela certidão de óbito;
- c) por vontade do Beneficiário (titular ou dependente nos termos da Resolução Normativa nº 412/2016 e suas atualizações).
- d) quando, no curso da continuidade contratual prevista nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, ficar inadimplente por 30 dias.

4.9. Quando da solicitação de exclusão do Beneficiário, o CONTRATANTE se obriga a recolher e a devolver à KLINI os cartões de identificação do plano, sob pena de responder pelo uso indevido, inclusive assumindo os custos relacionados aos atendimentos pós exclusão.

4.10. Os Beneficiários Dependentes para serem mantidos nessa condição, dependerão da participação do Beneficiário Titular no contrato.

4.11. A KLINI poderá solicitar a qualquer tempo, os documentos comprobatórios dos vínculos, sejam eles trabalhistas que comprovem a elegibilidade do Beneficiário Titular ou os que comprovem a relação de dependência dos demais beneficiários.

4.12. Caso os vínculos de elegibilidade ou dependência não sejam comprovados ou sejam perdidos ao longo do contrato, se reserva a KLINI o direito de negar a proposta contratual e/ou excluir os respectivos Beneficiários sem vínculo

adequado, sem prejuízo das perdas e danos decorrentes de eventual inclusão indevida, bem como das penalidades cíveis e/ou criminais cabíveis.

4.13. A CONTRATANTE se obriga a informar à KLINI e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais, deverão ocorrer até o 15º (décimo quinto) dia anterior a data de vencimento da fatura, passando a valer no mês subsequente à solicitação de qualquer alteração na qualificação/condição dos Beneficiários, tais como nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo funcionário.

4.13.1. No caso de inclusão de novos Beneficiários, Titulares ou Dependentes, a cobrança referente a essa inclusão será realizada na fatura subsequente.

4.13.2. Se a referida inclusão for realizada após o prazo de 30 (trinta) dias do evento, ocorrerá a exigência do cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste contrato.

4.14. As inclusões e exclusões poderão ocorrer livremente até o 15º décimo quinto dia anterior a data de vencimento da fatura, conforme estabelecido na cláusula 4.13, sendo que, as movimentações realizadas após o até o 15º décimo quinto dia anterior a data de vencimento da fatura, para fins de cobertura e faturamento mensal, serão consideradas, apenas no mês subsequente.

4.14.1. A Contratante se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias mensais dos desligados durante o período em que os mesmos permanecerem indevidamente cadastrados

4.15. A movimentação cadastral será realizada por meio de solicitação via e-mail, pelas pessoas previamente autorizadas pela CONTRATANTE, para que realizem inclusões, exclusões ou alteração de plano, ficando desde já consignado que a CONTRATANTE se responsabiliza pela veracidade das movimentações efetuadas, bem como pelo eventual prejuízo que a movimentação inadequada solicitada possa causar aos beneficiários.

4.16. No caso de extinção automática do contrato ou estando em aviso prévio para cancelamento, não será permitida nenhuma exclusão ou inclusão.

4.17. Fica permitido, na data de aniversário do contrato, a movimentação cadastral para downgrade ou upgrade - sendo estas entendidas como uma mudança de categoria do plano, para cima ou para baixo -, dos produtos aqui contratados, sendo que, tendo o beneficiário titular optado uma vez pela realização do downgrade, só poderá no futuro voltar ao produto superior, ou de



categoria acima após análise da operadora e eventual cumprimento das carências relativas ao futuro upgrade.

4.18. A Contratante se compromete a informar, na data de assinatura do Contrato, em formulário próprio a ser encaminhado pela KLINI, todos os Beneficiários que se encontrem afastados e/ou internados, seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente domiciliar (“home care”), aqueles em tratamentos com medicamentos especiais e aqueles portadores de doenças crônicas.

## **CLÁULUSA 5ª. - COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

5.1. A KLINI se compromete a prestar aos Beneficiários assistência à saúde continuada, exclusivamente através de serviços próprios e/ou por rede credenciada de apoio, a qual será informada no portal corporativo da Operadora na internet: ([www.klinisaude.com.br](http://www.klinisaude.com.br)), compreendendo somente os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do atendimento, devendo ser observadas as condições de utilização previstas no item denominado mecanismo de regulação.

5.1.1. Considera-se, para fins deste instrumento, o Rol Taxativo de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, como referência para cobertura assistencial assegurada, não podendo ser interpretado como mera lista exemplificativa, ou de nenhuma outra forma que gere vantagem indevida para qualquer uma das partes. O Rol de Procedimentos atualizado pode ser consultado no portal da ANS por meio do endereço: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

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

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

5.1.4. Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos, desde que realizados no curso de internação hospitalar, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, com ou sem intenção de suicídio.

5.1.4.1. As lesões auto infligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

5.1.5. Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, desde que realizados no curso de internação hospitalar, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT e a segmentação contratada.

5.1.6. Procedimentos ou rotinas vinculados à realização de um procedimento ou evento em saúde não coberto não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da Klini.

5.1.7. Cobertura dos procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuro navegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

5.1.8. Todas as escopias listadas Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

5.1.9. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

5.1.10. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

5.1.11. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros

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

5.1.12. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a Operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, respeitada a segmentação assistencial, os prazos de carência e a CPT.

5.1.12.1. O procedimento medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento, desde presentes no rol da ANS.

5.1.13. Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA para uso hospitalar devidamente indicados por sua bula.

## **COBERTURA AMBULATORIAL**

5.2. Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

5.2.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

5.2.2. 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;

5.2.3. 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;

5.2.4. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com as definições e regras estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

5.2.5. Psicoterapia de acordo de acordo com as definições e regras estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogos como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

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

5.2.7. Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

5.2.7.1. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

5.2.7.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

5.2.7.3. Radioterapia ambulatorial;

5.2.7.4. procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

5.2.7.5. Hemoterapia ambulatorial;

5.2.7.6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

## **COBERTURA HOSPITALAR**

5.3. Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, bem como os atendimentos definidos nos itens descritos a seguir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

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

5.3.7.1. Caberá ao médico assistente determinar as características das Órteses, Próteses e dos Materiais Especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, considerando para isto o que dispõe a Resolução CFM 1956/2010.

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

5.3.7.3. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Klini, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes.

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

5.3.9. Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

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

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas com deficiência. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.

c) exclusivamente a acomodação, para os beneficiários maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.

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

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

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

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

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

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

a) determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

5.3.11.3. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e CPT.

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

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

## **COBERTURA OBSTÉTRICA**

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

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

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

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

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

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

## **CLÁUSULA 6ª. – COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

6.1. Considera-se Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

6.2. Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do plano privado de assistência à saúde, 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 ou seu representante legal.

6.3. O Beneficiário deverá realizar o preenchimento da Declaração de Saúde no ato da contratação, que consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador e das quais tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão contratual, com o que, se for o caso, será imposta a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

6.4. Caso seja identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, o beneficiário será devidamente notificado para, a princípio, ser oportunizada a RETIFICAÇÃO da Declaração de Saúde, com a implantação da Cobertura Parcial Temporária (CPT) de imediato, e, caso não seja aceito pelo beneficiário, ser instaurado processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com vistas ao cancelamento do plano do beneficiário.

6.5. O Beneficiário Titular contratante fica ciente de que em caso de confirmação de fraude pela omissão no preenchimento da Declaração de Saúde, em que se dá ciência de doença pré-existente, os procedimentos que porventura tenham sido realizados e que, pelas regras, estariam suspensos pela CPT, terão seus valores integrais devidos e ressarcidos à KLINI.

6.6. O produto tratado neste Instrumento **NÃO** prevê a possibilidade de pagamento de Agravo, sendo este entendido como um acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária.

## **CLÁUSULA 7ª. – COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

7.1. Fica garantido o atendimento ambulatorial e hospitalar de emergência, como tal definido os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

7.2. É garantida a cobertura do atendimento ambulatorial e hospitalar de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou complicações do processo gestacional.

7.3. O atendimento de urgência e emergência será garantido, em regra, sem restrições, desde a admissão do paciente até a sua alta, estando incluídos todos os procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

7.4. Se o beneficiário estiver cumprindo prazo de carência ou possua a restrição prevista na Cobertura Parcial Temporária – CPT, é garantida a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou comprovada a necessidade de internação.

7.4.1. Quando não for possível a realização da remoção para unidade SUS por risco de vida, o CONTRATANTE/beneficiário ou seu representante legal e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, passando a operadora, a partir deste momento, a estar isenta desta obrigação.

7.4.2. Sendo possível a realização da remoção para unidade SUS, o encargo e a responsabilidade incorrerão à KLINI, cessando a responsabilidade quando efetuado o ingresso na unidade do SUS.

7.4.3. Sendo possível a realização da remoção para unidade SUS, mas, no caso do CONTRATANTE/beneficiário, ou seu representante legal, decidir pela manutenção e continuidade do atendimento na unidade privada em que se encontre, ou outra de sua escolha, deverá estabelecer termo de responsabilidade, dando ciência ao Prestador que, pelos motivos tratados nesses dispositivos, a partir deste momento, a KLINI está desobrigada de qualquer responsabilidade médica e/ou financeira relacionada à REMOÇÃO, e à cobertura assistencial.

7.4.4. Transcorridos os prazos de carência gravados neste instrumento e cessada a restrição prevista na Cobertura Parcial Temporária – CPT, para Doenças e Lesões Preexistentes – DLP, é garantida a cobertura de atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou procedimentos que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, desde que com cobertura previstas neste contrato.

## **CLÁUSULA 8ª. – REEMBOLSO EM CASO DE NÃO ACESSO À REDE**

8.1. Os Beneficiários que aderem ao plano de saúde regulado nesse instrumento têm direito ao reembolso das despesas realizadas, com a assistência à saúde, nos casos de urgência e emergência, **SOMENTE QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL** o atendimento nos municípios em que demandem o atendimento, que esteja dentro da área de abrangência do plano de saúde contratado, nas exatas condições e situações previstas na Resolução Normativa nº 259/11 e suas posteriores atualizações, nos prestadores próprios, credenciados ou referenciados, o que deverá ser demonstrado, de acordo com a relação de preços e dos serviços médicos e hospitalares apresentada, valor que será calculado tendo por base o custo que o plano teria com a sua rede credenciada, sendo depositado em conta bancária informada pelo beneficiário ou seu representante legal, quando da solicitação do reembolso, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à KLINI da documentação seguinte:

8.1.1. Consulta hospitalar: recibos ou nota fiscal válido como recibo, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço do médico assistente legíveis e data da realização do evento.

8.1.2. Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor do desconto quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legíveis e data da realização do evento.

8.1.3. Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válido como recibo, com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor do desconto quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legíveis e data da realização do evento.

8.1.4. Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculado ao laudo médico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legíveis e data da realização do evento.

8.1.5. Internação: nota fiscal e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação.

8.1.6. Para qualquer dos casos acima, sempre deverá estar acompanhado de relatório médico específico, indicando claramente o motivo pelo qual não foi possível a utilização da rede credenciada.

8.1.7. Não é aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

8.2. Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à KLINI (diretamente ou em um endereço local indicado) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar. O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de ressarcimento.

8.3. Para os atendimentos ocorridos fora da área de abrangência deste contrato, não haverá reembolso.

## **CLÁUSULA 9ª. – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

9.1. Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no presente Instrumento, e no ROL definido e atualizado pela Agência Reguladora (ANS), bem como estão excluídas expressamente despesas com Cuidadores em tempo integral ou não, além de atendimentos e serviços prestados em caráter domiciliar (Home care – assistência domiciliar).

9.2. Também, consideram-se excluídas para fins de cobertura assistencial deste produto os seguintes casos:

9.2.1. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

9.2.2. Aplicação de vacinas, exceto quando administradas a Pacientes hospitalizados e previstas no Rol da ANS;

9.2.3. Asilamento de idosos;

9.2.4. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras, pandemias e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

9.2.5. Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, Home Care

(assistência domiciliar), exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

9.2.6. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência do plano de saúde a que adere o Beneficiário através do presente Instrumento;

9.2.7. Avaliações pedagógicas;

9.2.8. Despesas de acompanhantes, excepcionadas:

9.2.8.1. Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de maiores de 18 (dezoito) anos;

9.2.8.2 Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou Buco Maxilo Facial assistente e legislações vigentes, salvo acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e,

9.2.9. Enfermagem em caráter particular (em residência ou hospital);

9.2.10. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

9.2.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

9.2.12. Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

9.2.13. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

9.2.14. Permanência hospitalar após alta médica;

9.2.15. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da operadora e sem atendimento às condições previstas no regulamento;

9.2.16. Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;

9.2.17. Procedimentos e medicamentos que não possuem as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off label);

9.2.18. Remoção aérea, fluvial ou marítima, bem como, remoções fora da área de abrangência do produto;

9.2.19. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, tais como definidos pela ANS e pelos Conselhos Federais;

9.2.20. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

- 9.2.21. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 9.2.22. Exames admissionais, periódicos e demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) e similares;
- 9.2.23. Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial em situações de urgência/emergência ou fora do regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;
- 9.2.24. Transportes ou deslocamentos para a realização de procedimentos eletivos;
- 9.2.25. Nos casos de atendimento hospitalar, não está coberto a remoção de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento;
- 9.2.26. Nos casos de atendimento hospitalar, não está coberto a remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora;
- 9.2.27. Despesas não relacionadas com a assistência objeto deste contrato, fruto do atendimento médico-hospitalar tais como: jornais, televisão, telefone, alimentação do acompanhante, ventilador, frigobar, ar-condicionado e despesas similares, lavagem de roupas e indenização por danos, fraldas, absorventes, coletores menstruais, lenços umedecidos, escova dental, fio dental, creme dental, shampoo, condicionador de cabelo, cremes corporais, sabonetes, toalhas, roupões, cotonetes, perfumes, desodorantes, enxaguantes bucais, algodões e similares; e,
- 9.2.28. Procedimentos necessários ao seguimento dos eventos supracitados, classificados como excluídos da cobertura não são considerados tratamento de complicações, mas sim como parte integrante do procedimento inicial, não havendo possibilidade de cobertura por parte deste contrato;

## **CLÁUSULA 10ª. - PRAZO E RESCISÃO**

10.1. A vigência deste contrato inicia de acordo com o estabelecido na Proposta Contratual, tendo como prazo de vigência mínimo 12 (doze) meses.

10.1.1. Caso a CONTRATANTE rescinda imotivadamente ou venha a dar causa à rescisão do Contrato, inclusive no caso de inadimplência, antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência do contrato, ficará sujeita ao pagamento do montante equivalente ao valor 50% do valor correspondente às contraprestações pecuniárias mensais vincendas até o 12º mês.

10.2. Após o período de vigência inicial, o presente CONTRATO será prorrogado automaticamente por iguais períodos sucessivos, não cabendo a incidência de qualquer taxa ou incidência de período adicional de carência.

10.3. Caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de sua contraprestação pecuniária, após o 5º (quinto) dia de atraso o presente CONTRATO ficará em suspenso, ficando igualmente suspensos os direitos às coberturas, reembolsos e demais benefícios contratuais para todos os Beneficiários, Titulares e/ou Dependentes.

10.4. Na hipótese de atraso de pagamento por parte da CONTRATANTE em prazo superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não no período dos últimos 12 (doze) meses de vigência, ou ainda em caso de fraude, poderá a KLINI cancelar unilateralmente o presente CONTRATO, sem notificação prévia ao CONTRATANTE e/ou seus Beneficiários.

10.5. O presente CONTRATO ainda será automaticamente cancelado, na hipótese de o número de Beneficiários se tornar inferior a 2 (dois), mesmo que não completos os primeiros 12 (doze) meses de vigência.

10.6. Ainda poderá ser extinto o presente CONTRATO por qualquer uma das partes, imotivadamente, e desde que haja notificação prévia da outra parte, com antecedência mínima de 50 (cinquenta) dias.

10.7. Na hipótese de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas, por parte da CONTRATANTE, visando auferir vantagens próprias ou para seus Beneficiários, violando o presente CONTRATO ou a boa-fé objetiva, este restará extinto de pleno direito, sem prejuízos das perdas e danos ocasionados à KLINI e às sanções cíveis e criminais que possam incidir à hipótese.

10.8. Qualquer notificação a que se refere o presente CONTRATO poderá ser realizada através de meios eletrônicos que assegurem a confirmação de acesso

pelo Beneficiário Titular, que, por sua vez, se OBRIGA a fornecer e manter atualizado endereço de e-mail e/ou número de CELULAR, ou outra informação que lhe seja exigida, para que reste assegurado que o canal de comunicação com a KLINI fique efetivamente garantido como meio de envio de AVISOS e COMUNICADOS essenciais ao funcionamento do plano de saúde contratado pelo presente Instrumento.

10.9. Rescindido o contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à KLINI as carteiras de identificação, assumindo perante a mesma, total e absoluta responsabilidade pela sua utilização indevida, nos termos deste contrato, responsabilizando-se, ainda, o CONTRATANTE pelo pagamento de eventual valor residual, que se apurado, será apresentado pela KLINI na forma de pró-rata.

#### **CLÁUSULA 11ª. - PRAZOS DE CARÊNCIAS**

11.1. Entende-se como carência o período contado da assinatura do Contrato, da proposta de adesão, com início da vigência do plano, em que o CONTRATANTE deverá permanecer no plano, sem direito à garantia de cobertura que este contrato estabelece, conforme definido nesta CLÁUSULA.

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

11.3. Prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para todos os procedimentos cobertos pelo plano, exceto o atendimento para a realização do Parto a termo;

11.4. prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo.

11.5. Prazo de 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, assim definidos em Lei, observado o disposto na cláusula 7ª.

11.6. Na ocasião da contagem dos prazos de carência, a contagem será verificada individualmente, por beneficiário, e iniciará a partir da vigência da adesão ao contrato.

11.7. Se exigível carência para cobertura obstétrica, após o cumprimento do prazo para internação, não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, se aplicável, para inclusão do recém-nascido natural, adotivo, sob guarda ou tutela, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano, assim como estará garantida a sua inscrição sem a necessidade de cumprimento de carência ou de cobertura



parcial temporária. Caso o nascimento ocorra quando o Beneficiário Titular ainda se encontrar sob carência para internação, o direito do recém-nascido observará o prazo restante para o cumprimento da carência do Beneficiário Titular.

11.8. Nos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários em que o Beneficiário Titular tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de carências, quando ocorrer a inclusão de novos Beneficiários Dependentes designados no item 4.6 cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento sem a exigência de cumprimento de carências será de até 30 (trinta) dias contados da data do evento que originou essa relação, 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.

#### **CLÁUSULA 12ª. - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

12.1. É reservado à KLINI o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, na Lei 9656/98 e quaisquer outros Regulamentos editados pela ANS, sendo adotadas as medidas de regulação previstas neste instrumento e abaixo relacionadas.

12.2. A habilitação do Beneficiário, no exercício do seu direito de uso, em toda a rede de atendimento durante a vigência do Plano, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido por intermédio da KLINI, acompanhado de documento de identificação pessoal, expedido por órgãos oficiais e competentes.

12.3. Quando ocorrer a perda, furto e/ou extravio do cartão individual de identificação, o fato deverá ser comunicado imediatamente à KLINI, que emitirá, oportunamente, um novo cartão.

#### **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

12.4. É imprescindível que o Beneficiário, ou seu Médico Assistente solicite senha ou guia de autorização prévia junto à KLINI para os procedimentos que constarem de lista previamente divulgada pela Operadora, ressalvados os casos de urgência e emergência, que não se poderá exigir prévia autorização.

12.5. Para solicitar autorização prévia, a guia deverá estar devidamente preenchida, acompanhada de todos os relatórios, exames, laudos, declarações, atestados ou demais informações que sejam imprescindíveis para a área técnica da Operadora analisar a solicitação apresentada.

### **DIVERGÊNCIA MÉDICA**

12.6. Havendo divergência de natureza médica sobre a indicação de realização de procedimento solicitado por médico assistente do Beneficiário, será a mesma dirimida com a realização de junta médica, que é composta por 3 (três) profissionais, sendo um indicado da KLINI, outro pelo Beneficiário e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois profissionais.

12.7. A operadora poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da junta médica.

12.8. A realização da Junta Médica seguirá rigorosamente o regramento definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (RN 424, de 26/06/2017).

### **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

12.9. A KLINI poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

12.10. O tempo de autorização somente iniciará a partir da entrega de todos os relatórios, exames, laudos, declarações, atestados ou demais informações que sejam imprescindíveis para a Auditoria Médica avaliar o caso.

### **DESPESAS COM TRANSPORTE**

12.11. Para as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador, na forma prevista nos artigos 4º, 5º e 6º da RN nº 259 da ANS e posteriores alterações, a KLINI garantirá o direito de transporte ao Beneficiário titular ou dependente conforme as seguintes regras:

12.12. A garantia de transporte prevista neste Instrumento, em consonância com os artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não se aplica aos serviços ou procedimentos

previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte;

12.13. A escolha do meio de transporte ficará a critério da KLINI, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário; e,

12.14. A garantia de transporte prevista neste Regulamento estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

12.15. A garantia de transporte também será aplicada aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

### **COPARTICIPAÇÃO**

12.16. Entende-se por coparticipação, a parte efetivamente paga pela CONTRATANTE à CONTRATADA, referente à realização de um determinado procedimento, cujo valor será cobrado posteriormente pela CONTRATADA, incluso na cobrança da contraprestação pecuniária.

12.17. Quando a coparticipação for estabelecida em valores fixos, ao invés de percentual, poderá sofrer reajuste no mesmo percentual e periodicidade aplicados à contraprestação pecuniária nos moldes do reajuste anual previsto na cláusula que trata do reajuste anual.

12.18. A coparticipação incidirá sobre os eventos de consultas médicas e pronto socorro, exames simples e de alta complexidade e internações e cirurgias, conforme os valores definidos na proposta de adesão, sempre respeitando os limites estabelecidos pelas normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e vigentes na data da contratação do plano.

12.19. Em caso de encerramento do presente instrumento, será facultado à CONTRATADA cobrar os valores de coparticipação pendentes em função dos atendimentos conferidos aos BENEFICIARIOS incluídos neste contrato, durante o tempo de vigência do mesmo, com cobranças programadas para a data posterior ao cancelamento.

12.20. A tabela de coparticipação encontra-se disponível na proposta de adesão.

## **GERENCIAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE**

12.21. O beneficiário para obter autorização de coberturas, deverá buscar orientação e atendimento através da central de atendimento da Operadora.

12.22. Exclusivamente para os beneficiários vinculados aos Programas da Medicina Preventiva, quanto aos agendamentos, pedidos, encaminhamentos e autorizações para cobertura de consultas, procedimentos e SADT que não forem oriundas dos profissionais da equipe multidisciplinar vinculada aos Programas da Medicina Preventiva, estes serão reavaliados quanto a pertinência técnica e direcionados pela equipe vinculada ao Programa, e somente autorizados em caso de pertinência.

12.23. Os agendamentos para regimes de atendimento eletivos para consultas, especialistas multidisciplinares ou SADT de referência serão realizados somente através da central de marcações do núcleo de medicina preventiva, exclusiva para atendimento aos beneficiários vinculados aos Programas da Medicina Preventiva.

12.24. Contatos realizados através de outros canais da operadora para regimes de atendimento eletivos para consultas, especialistas multidisciplinares ou SADT de referência, serão encaminhados para tratativa via central de marcações do núcleo de medicina preventiva, exclusiva para atendimento aos beneficiários vinculados aos Programas da Medicina Preventiva.

12.25. Nos casos de internação, o beneficiário será direcionado para a unidade hospitalar da Rede Própria da operadora mais adequada para os cuidados complexos de curta e de longa durações e será acompanhado presencial ou remotamente pela equipe multidisciplinar do Programa.

12.26. Quando não houver Rede Própria, a operadora poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à operadora o direito de voltar a oferecer Rede Própria quando houver a disponibilidade na área de abrangência geográfica do plano contratado.

## **CLÁUSULA 13ª - DIRECIONAMENTO PARA ASSEGURAR ATENDIMENTO ADEQUADO**

13.1. A KLINI assegurará o atendimento de seus beneficiários, na rede de prestadores próprios ou credenciada, mas se reserva ao direito de condicionar a realização do atendimento com especialistas, exames diagnósticos, com exceção dos básicos, ao prévio parecer com médico clínico para o adequado e correto direcionamento com vistas, exclusivamente, a atender à assistência à saúde dos beneficiários de maneira racional e eficaz.

#### **CLÁUSULA 14ª - MEIOS DE DIVULGAÇÃO E UTILIZAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES**

14.1. A KLINI informará quaisquer alterações na rede prestadora, seja inclusão, exclusão ou alteração no seu portal corporativo na internet [www.klinisaude.com.br](http://www.klinisaude.com.br).

14.2. Em caso de redimensionamento da rede de prestadores não hospitalar, a KLINI deverá informar o beneficiário no seu portal corporativo na internet [www.klinisaude.com.br](http://www.klinisaude.com.br)

#### **CLÁUSULA 15ª. – CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

15.1. A formação do preço do presente contrato é preestabelecida, isto é, a contraprestação pecuniária é calculada, pelo Contratado, antes da utilização das coberturas contratadas e com fundamento nas declarações prestadas pelo CONTRATANTE constantes no Contrato e Proposta Coletivo Empresarial.

15.2. O preço per capita, pago pela CONTRATANTE, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada Beneficiário se enquadrar no momento da contratação, podendo também ser apresentado por preço único.

15.3. O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade) decorrente deste contrato, é de responsabilidade da CONTRATANTE e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral. O valor correspondente na fatura para pagamento será relativo ao número de Beneficiários constantes do plano, respeitadas as suas faixas etárias.

15.4. A KLINI disponibiliza diversas formas de acesso ao boleto para pagamento da mensalidade, tais como o acesso ao site [www.klinisaude.com.br](http://www.klinisaude.com.br); no aplicativo do celular, envio por e-mail, ou, ainda, pela simples solicitação realizada através

da Central de Serviços da KLINI no telefone 21-3952-9190, não sendo enviado em via física para o endereço dos beneficiários e/ou estipulante.

15.5. O não recebimento do BOLETO para o pagamento da mensalidade não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal, tendo em vista que estarão disponíveis nos canais oficiais da Operadora.

15.6. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até à data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de vigência do contrato ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

15.7. O recebimento pela KLINI de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

15.8. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, pela CONTRATANTE ou pelos Beneficiários definidos no artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98, o valor será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

15.9. Em caso de atraso de pagamento, o contrato poderá ser suspenso e/ou cancelado, conforme cláusula DO PRAZO E RESCISÃO, bem como o devedor poderá ser inscrito em cadastros restritivos de crédito.

15.10 Os comunicados enviados pela Operadora ao Beneficiário Titular a respeito de falta de pagamento e aviso sobre risco de rescisão do contrato de plano de saúde serão todos realizados por meios digitais, se valendo de meios acessíveis aos beneficiários, conforme item próprio tratado nesse instrumento de contrato.

15.11 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

15.12 A segunda via ou qualquer reimpressão de título de crédito não configurará em nenhum caso como novação.

## **CLÁUSULA 16ª. - REAJUSTES**

16.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

### **Reajuste Técnico - RT**

16.2. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente pelo Reajuste Financeiro - RF, independente da sinistralidade verificada no contrato, de acordo com a variação positiva acumulada do VCMH divulgado pelo IESS e, na falta deste, pelo IPCA – Saúde Suplementar, visando manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, sem prejuízo da aplicação do reajuste por sinistralidade.

16.3. Na hipótese de descontinuidade dos índices estabelecidos, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

16.4. Além do índice financeiro mencionado, os preços das mensalidades serão ainda reajustados levando em consideração o equilíbrio econômico-atuarial do contrato – Reajuste Atuarial - RA.

16.5. Para estabelecer o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado quando o nível de Sinistralidade (S) da carteira, ultrapassar o percentual de 70%, estabelecido a título de Sinistralidade Meta (Sm). Sinistralidade é a proporção entre todas as despesas assistenciais (consultas, exames, internações, terapias, etc.) e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses anteriores à data base de aniversário, considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$RA = ((S/Sm)-1)*100$$

Onde:

RA= Percentual de reajuste atuarial

S= Sinistralidade apurada no período (12 meses)

Sm= Meta de Sinistralidade expressa em contrato dividida por 100 (cem).

16.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reequilíbrio econômico-atuarial, previsto no item 16.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 16.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

16.7. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento de até 29 beneficiários observará o disposto nesse item.

16.8. O Reajuste Técnico (RT) será estabelecido pela seguinte fórmula:

$$RT = \{(1+(RF/100)) \times (1+(RA/100)) - 1\} * 100, \text{ sendo:}$$

RT = Reajuste Técnico

RF = Reajuste Financeiro

RA = Reajuste Atuarial

### **Reajuste por Faixa Etária:**

16.9. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última da mensalidade, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

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

16.10. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

16.11. Em se tratando de preço *per capita*, não haverá a mudança de faixa etária citado no item 17.11, incidindo sobre o contrato apenas os reajustes Financeiro.

16.12. Os percentuais de aumento por faixa etária, serão:

FAIXA ETÁRIA	KLINI ESSENCIAL EMP QP SEM COPART (491228224) E KLINI START EMP QP SEM COPART (492751226)	KLINI ESSENCIAL EMP QP COM COPART (491224221) E KLINI START EMP QP COM COPART (492754221)	KLINI ESSENCIAL EMP QC SEM COPART (491225220) E KLINI START EMP QC SEM COPART (492753222)	KLINI ESSENCIAL EMP QC COM COPART (491230226) E KLINI START EMP QC COM COPART (492752224)
0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 a 23 anos	35,50%	35,50%	34,80%	34,80%
24 a 28 anos	12,50%	12,50%	12,40%	12,40%



FAIXA ETÁRIA	KLINI ESSENCIAL EMP QP SEM COPART (491228224) E KLINI START EMP QP SEM COPART (492751226)	KLINI ESSENCIAL EMP QP COM COPART (491224221) E KLINI START EMP QP COM COPART (492754221)	KLINI ESSENCIAL EMP QC SEM COPART (491225220) E KLINI START EMP QC SEM COPART (492753222)	KLINI ESSENCIAL EMP QC COM COPART (491230226) E KLINI START EMP QC COM COPART (492752224)
29 a 33 anos	6,60%	6,60%	6,20%	6,20%
34 a 38 anos	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%
39 a 43 anos	4,90%	4,90%	5,00%	5,00%
44 a 48 anos	34,70%	34,70%	35,40%	35,40%
49 a 53 anos	24,20%	24,20%	23,30%	23,30%
54 a 58 anos	21,60%	21,60%	21,50%	21,50%
59 ou mais	57,80%	57,80%	57,70%	57,70%

### Reajuste Pool de Risco

16.13. Caso o presente contrato, na época de apuração para reajustes, possua menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos, será agrupado com todos os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que se encontrarem nessa situação, formando o denominado POOL DE RISCO, conforme termos da RN ANS 309/2012, ou outra que venha a substituir.

16.14. Se o contrato principal for agregado ao agrupamento de contratos coletivos com até 29 beneficiários, citados na cláusula anterior, o grupo beneficiado deverá ser constituído por no mínimo 02 (dois) e no máximo 29 (vinte e nove) beneficiários, número esse necessário para a manutenção do contrato, ser-lhe-á aplicado o mesmo reajuste para todos os contratos coletivos que formam este agrupamento.

16.15. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

16.16. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item

16.17. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

**Regras Gerais:**

16.18. Os valores das mensalidades relativas às inclusões de BENEFICIARIOS TITULARES e respectivos Dependentes, independentemente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas tabelas.

16.19. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

16.20. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

**CLÁUSULA 17ª – A UTILIZAÇÃO DOS DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

17.1. Com a finalidade exclusiva de realizar uma gestão racional e eficaz da assistência à saúde dos beneficiários do plano de saúde, a KLINI se valerá de sistema de prontuário eletrônico, instituído para cada beneficiário, a partir do primeiro atendimento de assistência à saúde coberto pelo plano de saúde a que adere a partir do presente Instrumento, que acompanhará cada beneficiário seja em atendimentos realizados em unidades de serviços próprios, bem como por todos os prestadores credenciados, resultando, com isso, na otimização da informação a respeito de todos os procedimentos e tratamentos realizados.

17.2. Para a viabilização dessas medidas descritas no item anterior, o Beneficiário Titular, por si e pelos Beneficiários dependentes incapazes, e os Beneficiários capazes (maiores de 18 anos, ou emancipados), de forma expressa, AUTORIZAM a KLINI a utilizar as informações armazenadas no sistema eletrônico de prontuário, extraídas dos preenchimentos realizados pelos profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos realizados pelos prestadores próprios e credenciados ao plano de saúde da KLINI.

17.3. Os Beneficiários Titulares e Dependentes, AUTORIZAM ainda a KLINI, a trafegar essas informações entre as suas parceiras especificamente contratadas

para análise e desenvolvimento de programas de saúde, auditorias médicas e estabelecimento de estratégias de atendimento, de modo a que a KLINI possa adotar as medidas voltadas à saúde de sua população segurada, sendo certo que fica assegurado o absoluto SIGILO quanto às informações armazenadas e trafegadas em seus sistemas e nos sistemas dos parceiros anteriormente mencionados, inclusive com a adoção de criptografia, sendo adotadas todas as medidas de segurança necessárias à preservação de tais dados.

17.4. As informações mencionadas poderão, ainda, ser acessadas pelos profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos e manutenção da saúde dos Beneficiários, além dos colaboradores da Operadora, os quais, por dever de ofício, devem atender as exigências estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e pelos respectivos Conselhos de Classe no tocante a correta utilização e preservação dos dados dos Beneficiários.

#### **CLÁUSULA 18ª. – COMUNICAÇÃO COM OS BENEFICIÁRIOS**

18.1. A KLINI remeterá avisos, comunicados, notificações e qualquer remessa de informações de interesse da CONTRATANTE e dos Beneficiários através de meios eletrônicos que assegurem a confiabilidade, segurança de sigilo, e comprovação de recebimento.

18.2. A CONTRATANTE, para aderir ao plano de saúde tratado no presente Instrumento, se obriga a fornecer e manter atualizado endereço de e-mail e celular, tanto seu como de seus Beneficiários Titulares, devendo comunicar, de imediato, qualquer alteração dessas informações.

18.3. Em caso de avisos/Notificações em que seja necessário definir com exatidão a data de recebimento, para o efeito de contagem de prazo, será considerado como a data efetiva o dia em que o destinatário tiver conhecimento do recebimento da mensagem, ainda que deixe de acessar o conteúdo que lhe for dirigido.

18.4. Caso o dia em que tenha conhecimento do recebimento da mensagem enviada por meio eletrônico caia em dia de fim de semana ou feriado, o prazo se inicia a contar do primeiro dia útil.

#### **CLÁUSULA 19ª – REGRAS PARA MANUTENÇÃO DE CONTRATO AOS APOSENTADOS E DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA**

19.1. Aos Beneficiários Titulares que forem demitidos sem justa causa ou aposentados, será dado o direito de permanecer, juntamente com seus Beneficiários Dependentes, inscritos no presente plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

19.2. Para os demitidos sem justa causa, o período de manutenção do presente plano será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, com um mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extinguindo-se após esse prazo. Já para os aposentados, havendo comprovação de que houve contribuição pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício, o prazo de permanência será indeterminado, enquanto a CONTRATANTE mantiver o presente CONTRATO. Na hipótese de o aposentado ter contribuído por menos de 10 (dez) anos, é assegurado esse direito na proporção de um ano para cada ano de contribuição.

19.3. Para ter direito ao benefício de manutenção do contrato, deverá o Beneficiário Titular ter contribuído com o pagamento do plano enquanto da vigência do contrato de trabalho, sendo que os valores pagos relativamente aos Beneficiários Dependentes ou a título de coparticipação ou franquia não se enquadram como participação financeira para este fim.

19.4 Os benefícios referentes à esta cláusula, são regidos pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como pelas Resoluções vigentes a respeito do tema (atualmente Resolução Normativa nº 488 de 29/03/2022), elaboradas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, podendo ser consultadas em seu site ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

19.5. A CONTRATANTE obriga-se a informar à operadora para efetiva exclusão do Beneficiário do plano privado de assistência à saúde, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 488;
- III – se o Beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

IV – por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

V – se o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter essa condição.

19.6. A CONTRATANTE obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

19.7. A exclusão do Beneficiário apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de Beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

19.8. Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a CONTRATANTE continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo Beneficiário até que a entrega se concretize.

19.9. A estipulante possui responsabilidade, ainda que subsidiária, pelo pagamento das contraprestações mensais à KLINI de seus beneficiários vigentes na condição de Demitidos e Aposentados (DAP).

## **CLÁUSULA 20ª –DISPOSIÇÕES GERAIS**

20.1. No caso de falecimento do Beneficiário, a CONTRATANTE deverá formalizar a exclusão pelo portal de atendimento, anexando a Certidão de Óbito, para a devida atualização cadastral e contratual.

20.2. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da KLINI, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos Beneficiários inscritos, durante os períodos de carência e de não assunção de despesas com os atendimentos resultantes da sua inadimplência ou após a rescisão do contrato, independente da data de início do tratamento.

20.3. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor da KLINI, qualquer valor dispendido por esta por conta de condenação em eventual ação judicial proposta por seus Beneficiários, por conta de negativa de cobertura de eventos não cobertos por este CONTRATO, bem como pelos demais pontos aqui regulados.

20.4. A CONTRATANTE se responsabiliza pela veracidade dos dados informados à KLINI, bem como pela comunicação de suas eventuais alterações à operadora.

20.5. TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, constituindo-se causa para novo plano, sendo que essa mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato e na data de vencimento da contraprestação pecuniária. A KLINI analisará previamente se estão presentes os requisitos para que a transferência possa ser efetuada, sendo certo que para os novos benefícios haverá cumprimento de nova carência, conforme legislação vigente.

20.6. A tolerância pela falta de cumprimento de qualquer uma das condições estabelecidas neste contrato não implicará perdão, novação, renúncia ou alteração do quanto foi pactuado neste instrumento.

20.7. Os casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes contratantes e poderão ser objeto de aditivo ao contrato, quando couber.

20.8. São considerados como documentos integrantes do presente instrumento:

- a) Relação de documentos comprobatórios à legitimidade da condição de legitimidade de todos os Beneficiários;
- b) O Guia de Leitura Contratual;
- c) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS

#### **CLÁUSULA 21ª. –FORO DE ELEIÇÃO**

21.1. Fica eleito, para dirimir eventuais questões decorrentes do cumprimento deste instrumento, em casos de litígio ou pendência judicial, o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja. E, assim, por estarem de acordo com os termos acima as partes contratantes, identificadas nesse instrumento, ou em folha de Proposta anexa, firmam o presente contrato, cuja cópia é entregue a contratante nesse ato.