

PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

Ao
Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – CRMV-PB

Ref.: Edital de Chamamento Público CRMV-PB nº 01/2024 – Credenciamento de Administradora de Planos de Saúde

A empresa **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 01.747.987/0001-75, doravante representada por **ILEANA MARIA IGLESIAS TEIXEIRA MOURA**, apresenta a seguinte proposta para credenciamento no ramo de **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, conforme segue:

1. Descrição do objeto a ser executado:

A **EXTRAMED** atua como Operadora de Plano de Saúde, na modalidade Administradora de Benefícios, na condição de Estipulante de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e odontológicos coletivos por adesão e empresarial, de acordo com o previsto no artigo 5º da Resolução Normativa da ANS – RN 515/2022.

Considerando que os planos de assistência à saúde médico-hospitalar e odontológicos coletivo por adesão e empresarial estipulados pela **EXTRAMED**, além de atenderem todos os requisitos legais vigentes para a categoria de planos de assistência à saúde coletivos, são compatíveis com a natureza dos profissionais registrados no **CRMV-PB**, e, atendendo aos requisitos do **Edital de Chamamento Público CRMV-PB nº 01/2024**, apresentamos a presente proposta com a opção de livre adesão dos profissionais registrados no **CRMV-PB** aos planos coletivos por adesão disponibilizados.

Esta proposta tem por objeto a prestação pela **EXTRAMED** de serviços de administração de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos, estipulados pela **EXTRAMED** junto às Operadoras especificadas nos itens a seguir:

Constituem obrigações da **EXTRAMED** no cumprimento do objeto deste Credenciamento:

- a) dar atendimento aos procedimentos de contratação e manutenção para os Beneficiários vigentes e novas contratações, aí incluídas as movimentações mensais de Beneficiários;
- b) suprir os procedimentos de emissão de documentos de cobrança e gestão de recebimentos;
- c) validação de elegibilidade dos proponentes junto ao **CRMV-PB**, permitindo o ingresso exclusivo de filiados conforme determinações do **CRMV-PB**;
- d) cumprir procedimentos de conferência e quitação financeira das faturas emitidas pelas Operadoras, relativas ao Contrato e/ou Planos abrangidos por este Credenciamento;

Rua Desembargador Clotário Portugal, 243 – Alto São Francisco
CEP 80410-220 – Curitiba – Paraná
Tel.: (41) 3068-8700

- e) acompanhar a evolução do Contrato e/ou Planos durante a vigência, avaliando periodicamente o seu resultado técnico, visando orientar os procedimentos de gestão e de comunicação com os Beneficiários, bem como cuidar dos procedimentos de renovação do Contrato e/ou Planos com as respectivas Operadoras;
- f) assumir o risco decorrente da inadimplência dos Beneficiários ativos nos planos Estipulados pela **EXTRAMED** e vinculados ao **CRMV-PB** com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto, conforme normas da ANS;
- g) prestar consultoria e orientação ao **CRMV-PB** durante a contratação ou renovação do Contrato e/ou Planos, de acordo com seu papel fixado na legislação vigente e em favor do interesse dos Beneficiários;
- h) acompanhar a implantação ou renovação do Contrato e/ou Planos pelas Operadoras garantidoras do risco nas quais o **CRMV-PB** esteja incluído através da **EXTRAMED**, verificando a conformidade de suas cláusulas e condições perante a legislação vigente e as condições e particularidades pactuadas na contratação ou renovação;
- i) prestar orientação e suporte aos procedimentos de contratação ou ingresso de Beneficiários no Contrato e/ou Planos, cuidando para que estes recebam previamente a carta de orientação ao beneficiário e o Guia de Leitura Contratual estabelecidos pela RN nº 515 da ANS, fornecidos pelas Operadoras e, havendo dúvidas ou demanda de esclarecimentos manifestadas, auxiliar na sua mitigação;
- j) executar os procedimentos de movimentação dos Beneficiários do Contrato e/ou Planos administrados, caracterizados por inclusões, exclusões e ajustes para os Beneficiários titulares e dependentes, prestando esclarecimentos e orientações necessários;
- k) executar os procedimentos de emissão de documentos de cobrança bancária em nome dos Beneficiários titulares vigentes no Contrato e/ou Planos, com os valores correspondentes às contraprestações de Beneficiários titulares e dependentes, providenciando para que tais documentos cheguem a seus destinatários por meio eletrônico, com prazo anterior à sua data de vencimento;
- l) acompanhar e controlar os pagamentos efetuados pelos responsáveis, notificando os Beneficiários titulares inadimplentes perante suas obrigações, bem como sobre a iminência de cancelamentos por inadimplência;
- m) responsabilizar-se pela gestão dos recursos financeiros arrecadados e por sua utilização para quitar, nos respectivos vencimentos, as faturas correspondentes à cobertura do Contrato e/ou Planos, emitidas pelas Operadoras, decorrente do Contrato e/ou Planos abrangidos por este Edital e estipulada pela **EXTRAMED**;
- n) avaliar trimestralmente os elementos técnicos do Contrato e/ou Planos, perfis de utilização pelos Beneficiários, estatísticas de sinistros por natureza e custos de atendimento, analisando e relatando os efeitos observados para conhecimento e acompanhamento do **CRMV-PB**.

Abaixo descrevemos as condições particulares dos planos disponibilizados:

OPERADORA 1 – SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

A SulAmérica é uma companhia de mais de 125 anos que se dedica a entregar Saúde Integral para seus mais de 7 milhões de clientes por meio de produtos e serviços de Saúde, Odonto, Vida, Previdência e Investimentos.

A companhia tem como missão melhorar a vida das pessoas, oferecendo apoio, segurança e autonomia em cada momento e decisão de saúde física, emocional e financeira. Para isso, conta com mais de 4 mil colaboradores engajados e comprometidos em todo o Brasil.

DAS CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO E/OU PLANO

O tipo de contratação deste plano é **Coletivo por Adesão**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao **BENEFICIÁRIO** que integra a população com vínculo ativo junto ao **CRMV-PB**, conforme Regimento Interno do Conselho Profissional.

- a) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda., registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- b) **OPERADORA** – Sul América Companhia de Seguro Saúde, registrada na ANS sob o número 006246;
- c) **VALIDADOR DE ELEGIBILIDADE** – Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – **CRMV-PB**;
Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice, em nome do Estipulante, o grupo elegível será composto dos seguintes:
 - c.1) Titular:** Exclusivamente os profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas, ativos, devidamente registrados e regulares junto ao Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – CRMV-PB.
 - c.2) Dependentes:** Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.
- d) **DATABASE DE REAJUSTE** – Setembro, considerando toda a massa de beneficiários vinculadas ao contrato “guarda chuva” com a Extramed.
- e) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- f) **ABRANGÊNCIA** – Grupo de municípios e Nacional;
 - a. **Área de atuação dos planos Direto**
Grupo de municípios – Exclusivamente nas cidades de João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita.
- g) **PLANOS OFERTADOS**
Direto Enfermaria, Direto Apartamento, Exato Enfermaria, Exato Apartamento, Especial 100 RC, Especial 100 R1 e Executivo R1, conforme os padrões e registros abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	PLANOS	REGISTRO NA ANS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QC	Direto JP NSn Enfermaria	495.689/23-3	Quarto Coletivo	Grupo de municípios	Não
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QP	Direto JP NSn Apartamento	495.691/23-5	Apartamento	Grupo de municípios	Não
Exato Adesão Trad.23 F AHO QC RM	Exato-Enfermaria	495.768/23-7	Quarto Coletivo	Nacional	Não
Exato Adesão Trad.23 F AHO QP RM	Exato-Apartamento	495.772/23-5	Apartamento	Nacional	Não
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP RM RC	Especial 100 RC	495.739/23-3	Apartamento	Nacional	Não
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP RM R1	Especial 100 R.1	495.738/23-5	Apartamento	Nacional	Não
Executivo Adesão Trad.23 F AHO QP RM R1	Executivo R.1	495.750/23-4	Apartamento	Nacional	Não
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QC COP	Direto JP NSn Enfermaria	495.690/23-7	Quarto Coletivo	Grupo de municípios	Sim
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QP COP	Direto JP NSn Apartamento	495.692/23-3	Apartamento	Grupo de municípios	Não
Exato Adesão Trad.23 F AHO QC COP RM	Exato-Enfermaria	495.770/23-9	Quarto Coletivo	Nacional	Sim
Exato Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM	Exato-Apartamento	495.745/23-8	Apartamento	Nacional	Sim
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM RC	Especial 100 RC	495.735/23-1	Apartamento	Nacional	Sim
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM R1	Especial 100 R.1	495.737/23-7	Apartamento	Nacional	Sim
Executivo Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM R1	Executivo R.1	495.756/23-3	Apartamento	Nacional	Sim

g.1) A Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;

g.2) As Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SulAmérica Saúde.

g.3) Tabela de múltiplos de reembolso, quando o atendimento for realizado por profissional não integrante da rede referenciada do plano contratado. Os procedimentos reembolsáveis variam de acordo com o plano, os quais podem ser, consultas médicas de urgência e emergência, consultas médicas eletivas, honorários médicos e terapias não médicas:

PLANOS	SEGURADO NÃO INTERNADO				SEGURADO INTERNADO			Valor da USR – Unidade de Serviço de Reembolso
	Consultas Médicas	Consultas Emergência e Urgência no P.S.	Exames e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Terapias	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*	
Direto Enfermaria	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Direto Apartamento	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Exato-Enfermaria	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Exato-Apartamento	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Especial 100 RC	3,34	3,34	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Especial 100 R.1	4,00	4,00	Não possui	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	0,50000
Executivo R.1	11,12	11,12	Não possui	Não possui	5,30	Não possui	Não possui	0,50000

*SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

h) TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

TABELA DE VALORES PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	343,79	377,21	655,59	704,90	720,64	758,56	1.400,53
19-23	473,46	519,48	902,88	970,77	992,45	1.044,68	1.928,79
24-28	514,28	564,27	980,72	1.054,46	1.078,01	1.134,75	2.095,08
29-33	610,23	669,55	1.163,69	1.251,21	1.279,15	1.346,46	2.485,97
34-38	665,78	730,49	1.269,61	1.365,08	1.395,56	1.469,00	2.712,22
39-43	736,93	808,56	1.405,30	1.510,97	1.544,71	1.626,01	3.002,09
44-48	842,10	923,96	1.605,87	1.726,61	1.765,17	1.858,07	3.430,56
49-53	1.035,70	1.136,38	1.975,05	2.123,57	2.170,99	2.285,24	4.219,24
54-58	1.289,54	1.414,90	2.459,13	2.644,06	2.703,09	2.845,35	5.253,37
59 ou +	2.062,58	2.263,07	3.933,27	4.229,05	4.323,48	4.551,02	8.402,53

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	312,54	342,91	596,00	640,82	655,12	689,61	1.273,21
19-23	430,43	472,25	820,79	882,52	902,23	949,71	1.753,44
24-28	467,53	512,97	891,56	958,62	980,01	1.031,59	1.904,62
29-33	554,77	608,68	1.057,91	1.137,46	1.162,86	1.224,06	2.259,97
34-38	605,25	664,07	1.154,19	1.240,98	1.268,69	1.335,46	2.465,66
39-43	669,94	735,05	1.277,55	1.373,62	1.404,28	1.478,19	2.729,18
44-48	765,55	839,95	1.459,88	1.569,66	1.604,71	1.689,16	3.118,69
49-53	941,55	1.033,07	1.795,50	1.930,53	1.973,62	2.077,50	3.835,68
54-58	1.172,33	1.286,27	2.235,58	2.403,70	2.457,36	2.586,69	4.775,79
59 ou +	1.875,09	2.057,33	3.575,71	3.844,61	3.930,44	4.137,29	7.638,66

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

Rua Desembargador Clotário Portugal, 243 – Alto São Francisco
CEP 80410-220 – Curitiba – Paraná
Tel.: (41) 3068-8700

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (3 Beneficiários ou mais))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	300,81	330,05	573,64	616,79	630,56	663,75	1.225,46
19-23	414,28	454,55	790,02	849,43	868,39	914,10	1.687,69
24-28	450,00	493,74	858,13	922,67	943,25	992,91	1.833,20
29-33	533,96	585,85	1.018,24	1.094,80	1.119,24	1.178,15	2.175,23
34-38	582,55	639,17	1.110,91	1.194,45	1.221,11	1.285,38	2.373,19
39-43	644,82	707,49	1.229,63	1.322,11	1.351,62	1.422,76	2.626,84
44-48	736,84	808,45	1.405,12	1.510,79	1.544,52	1.625,81	3.001,73
49-53	906,24	994,32	1.728,17	1.858,13	1.899,61	1.999,59	3.691,83
54-58	1.128,35	1.238,02	2.151,74	2.313,56	2.365,20	2.489,69	4.596,70
59 ou +	1.804,76	1.980,17	3.441,62	3.700,44	3.783,03	3.982,15	7.352,21

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	240,65	264,04	458,92	493,42	540,48	568,92	1.190,45
19-23	331,42	363,63	632,01	679,54	744,34	783,52	1.639,47
24-28	359,99	394,99	686,51	738,12	808,51	851,07	1.780,82
29-33	427,16	468,68	814,59	875,84	959,36	1.009,85	2.113,07
34-38	466,04	511,34	888,72	955,55	1.046,67	1.101,75	2.305,39
39-43	515,85	565,98	983,71	1.057,67	1.158,54	1.219,51	2.551,78
44-48	589,48	646,77	1.124,11	1.208,63	1.323,88	1.393,56	2.915,97
49-53	724,99	795,45	1.382,54	1.486,49	1.628,24	1.713,94	3.586,35
54-58	902,69	990,42	1.721,40	1.850,83	2.027,32	2.134,02	4.465,36
59 ou +	1.443,81	1.584,14	2.753,30	2.960,32	3.242,61	3.413,27	7.142,15

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	218,77	240,03	417,19	448,58	491,34	517,21	1.082,23
19-23	301,30	330,58	574,55	617,77	676,68	712,29	1.490,42
24-28	327,27	359,08	624,10	671,03	735,01	773,70	1.618,93
29-33	388,33	426,08	740,53	796,23	872,15	918,05	1.920,97
34-38	423,67	464,85	807,93	868,69	951,52	1.001,60	2.095,80
39-43	468,95	514,53	894,28	961,53	1.053,21	1.108,65	2.319,80
44-48	535,88	587,97	1.021,91	1.098,77	1.203,53	1.266,87	2.650,88
49-53	659,09	723,14	1.256,85	1.351,37	1.480,23	1.558,13	3.260,31
54-58	820,62	900,38	1.564,89	1.682,59	1.843,03	1.940,03	4.059,41
59 ou +	1.312,55	1.440,13	2.502,99	2.691,23	2.947,83	3.102,99	6.492,86

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (3 Beneficiários ou mais))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	210,57	231,04	401,55	431,75	472,92	497,81	1.041,65
19-23	289,99	318,18	553,01	594,60	651,29	685,57	1.434,54
24-28	315,00	345,61	600,69	645,86	707,44	744,68	1.558,22
29-33	373,77	410,10	712,76	766,37	839,43	883,61	1.848,94
34-38	407,79	447,42	777,63	836,11	915,83	964,03	2.017,21
39-43	451,37	495,25	860,74	925,47	1.013,72	1.067,07	2.232,81
44-48	515,79	565,93	983,58	1.057,56	1.158,39	1.219,36	2.551,47
49-53	634,37	696,04	1.209,71	1.300,69	1.424,71	1.499,69	3.138,07
54-58	789,85	866,63	1.506,21	1.619,48	1.773,90	1.867,26	3.907,19
59 ou +	1.263,33	1.386,14	2.409,11	2.590,29	2.837,29	2.986,61	6.249,40

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

h.1) COPARTICIPAÇÃO

É a participação financeira do Segurado titular ou dependente na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à Estipulante, após a realização dos procedimentos, conforme plano contratado, descritos a seguir:

h.1.1) Planos: Direto Enfermaria e Direto Apartamento

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 30,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 90,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 50,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 120,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 150,00
Terapias	30%	R\$ 50,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 270,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

h.1.2) Planos: Exato Enfermaria e Exato Apartamento

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 40,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 125,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 60,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 150,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 160,00
Terapias	30%	R\$ 60,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 320,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

h.1.3) Planos: Especial 100 RC e Especial 100 R.1

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 75,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 140,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 70,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 170,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 200,00
Terapias	30%	R\$ 70,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 500,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

h.1.4. Planos: Executivo

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 150,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 320,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 80,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 200,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 250,00
Terapias	30%	R\$ 90,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 570,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

h.1.5. Coparticipação em Internação Psiquiátrica

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

OPERADORA 2 – SAÚDE BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA

Cuidar das pessoas com segurança e resolutividade, proporcionando bem-estar e proteção através de serviços de saúde assistencial em todo Brasil. Esse é o foco da SB Saúde, que surge no mercado como a alternativa ideal para promover saúde integral com o melhor custo-benefício e ampla cobertura em território nacional.

A SB Saúde possui rede credenciada acessível, com equipes altamente qualificadas e comprometidas na prestação do atendimento.

A operadora também dispõe de serviços que incluem programa de Telemedicina, Ouvidoria, site, aplicativo e atendimento humanizado 24h.

DAS CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO E/OU PLANO

O tipo de contratação deste plano é **Coletivo por Adesão**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao **BENEFICIÁRIO** que integra a população com vínculo ativo junto ao **CRMV-PB**, conforme Regimento Interno do Conselho Profissional.

- a) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda., registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- b) **OPERADORA** – Saúde Brasil Assistência Médica Ltda, registrada na ANS sob o número 42115-4;
- c) **VALIDADOR DE ELEGIBILIDADE** – Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – **CRMV-PB**;
Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice, em nome do Estipulante, o grupo elegível será composto dos seguintes:
 - c.1) **Titular:** Exclusivamente os profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas, ativos, devidamente registrados e regulares junto ao Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – CRMV-PB.
 - c.2) **Dependentes:** Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.
- d) **DATABASE DE REAJUSTE** – Maio, considerando toda a massa de beneficiários vinculadas ao contrato “guarda chuva” com a Extramed;
- e) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- f) **AREA DE ATUAÇÃO** – João Pessoa/PB;
- g) **PLANOS OFERTADOS**

Registro ANS	Produto	Acomodação	Coparticipação
489289215	Advance I Plus Associativo	Individual	Sim
489286211	Classic I Plus Associativo	Enfermaria	Sim

g.1) A Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;

g.2) As Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada e Padrão de Acomodação Hospitalar.

h) TABELA COMERCIAL

Rua Desembargador Clotário Portugal, 243 – Alto São Francisco
CEP 80410-220 – Curitiba – Paraná
Tel.: (41) 3068-8700

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO - R\$ (Valor Individual por Pessoa Incluída)		
Faixa Etária	Classic I Plus Enfermaria	Advance I Plus Apartamento
00-18	209,88	314,35
19-23	276,73	414,65
24-28	318,10	476,70
29-33	356,16	533,78
34-38	373,92	560,42
39-43	422,40	633,17
44-48	515,11	772,25
49-53	710,50	1.065,36
54-58	958,85	1.437,89
59 ou +	1.246,21	1.868,96

h.1) COPARTICIPAÇÃO

É a participação financeira do Segurado titular ou dependente na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à Estipulante, após a realização dos procedimentos, conforme plano contratado, descritos a seguir:

- Consulta Eletiva: R\$25,00
- Consulta em Pronto Socorro: R\$50,00
- Exames Simples: 30% do valor da tabela da operadora, limitado a R\$40,00 por evento;
- Exames Complexos: 30% do valor da tabela da operadora, limitado a R\$150,00 por evento.

h.1.1. Coparticipação em Internação Psiquiátrica

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

ASSISTBOX – UM PACOTE DE BENEFÍCIOS QUE INCLUI PLANO ODONTOLÓGICO – ODONTOGROUP – ABRANGÊNCIA NACIONAL

A EXTRAMED com uma expertise de mercado de mais de 30 anos, reuniu grandes parceiros para formar o ASSISTBOX, um pacote de benefícios inovador.

Além dos planos odontológicos da Odontogroup - Registro ANS 389854, o ASSISTBOX conta com vários seguros e Assistências da Seguradora Centauro-ON, registrado na SUSEP sob número 15414.002582/2009-11 e muito mais.

PLANOS OFERTADOS:

ASSISTBOX*	PRODUTO ODONTOLÓGICO	REGISTRO NA ANS	COBERTURA	VALOR MENSAL POR BENEFICIÁRIO
Box Azul	ODONTOCLINICO COLETIVO POR ADESÃO	442.559.03-6	Rol de Procedimentos ANS	R\$ 44,90
Box Fácil	ODONTO DOC CA	489.270.21-4	Rol de Procedimentos ANS + Documentação Ortodôntica Básica	R\$ 54,90

*Os produtos podem ser contratados independentes do plano de saúde.

ASSISTBOX – UM PACOTE DE BENEFÍCIOS QUE INCLUI PLANO ODONTOLÓGICO

- **Abrangência:** NACIONAL para todos os benefícios que fazem parte do produto
 - **Data-base de Reajuste:** Agosto
 - **Registro SUSEP:** 15414.002582/2009-11
 - **Benefícios Adicionais:**
 - a. Pronto Atendimento Digital Telemedicina
 - b. Seguro Risco Cirúrgico*
 - c. Assistência Funeral*
 - d. Assistência Pet*
 - e. Seguro Morte Acidental*
 - f. Seguro Invalidez Permanente por Acidente*
 - g. Sorteio Mensal*
 - h. Desconto em Farmácia*
 - i. Cashback de até 50% do valor pago para compra de medicamento*
- *conforme condições específicas de cada benefício disponibilizado.



A proposta acima descrita será disponibilizada aos profissionais médicos veterinários e zootecnistas, ativos, devidamente inscritos e em situação regular com as obrigações pecuniárias junto ao **CRMV-PB**, mediante apresentação de carteira de identificação e declaração de nada consta, emitida pelo Portal Eletrônico do **CRMV-PB**.

Curitiba, 25 de março de 2024.

EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura
Presidente
RG: 874.747-4 SSP/PR
CPF: 354.710.939-68

*Rua Desembargador Clotário Portugal, 243 – Alto São Francisco
CEP 80410-220 – Curitiba – Paraná
Tel.: (41) 3068-8700*

Este documento foi assinado eletronicamente por Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código A99C-E96E-A590-D214.

Este documento foi assinado eletronicamente por Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código A99C-E96E-A590-D214.

CONDIÇÕES COMPLEMENTARES DOS PLANOS APRESENTADOS

Abaixo descrevemos as condições particulares de cada um dos planos disponibilizados:

OPERADORA 1 – SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE – NACIONAL

CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO E/OU PLANO

1.1 O tipo de contratação deste plano é **Coletivo por Adesão**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao **BENEFICIÁRIO** que integra a população com vínculo ativo junto ao **CRMV-PB**, conforme Regimento Interno do Conselho Profissional.

- a) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda., registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- b) **OPERADORA PRINCIPAL** – Sul América Companhia de Seguro Saúde, registrada na ANS sob o número 006246;
- c) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 01 de julho de 2024 a 30 de junho de 2025;
- d) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- e) **ABRANGÊNCIA** – Grupo de municípios e Nacional;
 - a. **Área de atuação dos planos Direto**
Grupo de municípios – Exclusivamente nas cidades de João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita.
- f) **ASSISTÊNCIA OFERTADA**
Direto Enfermaria, Direto Apartamento, Exato Enfermaria, Exato Apartamento, Especial 100 RC, Especial 100 R1 e Executivo R1, conforme os padrões e registros abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	PLANOS	REGISTRO NA ANS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QC	Direto JP NSn Enfermaria	495.689/23-3	Quarto Coletivo	Grupo de municípios	Não
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QP	Direto JP NSn Apartamento	495.691/23-5	Apartamento	Grupo de municípios	Não
Exato Adesão Trad.23 F AHO QC RM	Exato-Enfermaria	495.768/23-7	Quarto Coletivo	Nacional	Não
Exato Adesão Trad.23 F AHO QP RM	Exato-Apartamento	495.772/23-5	Apartamento	Nacional	Não
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP RM RC	Especial 100 RC	495.739/23-3	Apartamento	Nacional	Não
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP RM R1	Especial 100 R.1	495.738/23-5	Apartamento	Nacional	Não
Executivo Adesão Trad.23 F AHO QP RM R1	Executivo R.1	495.750/23-4	Apartamento	Nacional	Não

Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QC COP	Direto JP NSn Enfermaria	495.690/23-7	Quarto Coletivo	Grupo de municípios	Sim
Direto JP NSn Adesão Trad.23 F AHO QP COP	Direto JP NSn Apartamento	495.692/23-3	Apartamento	Grupo de municípios	Não
Exato Adesão Trad.23 F AHO QC COP RM	Exato-Enfermaria	495.770/23-9	Quarto Coletivo	Nacional	Sim
Exato Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM	Exato-Apartamento	495.745/23-8	Apartamento	Nacional	Sim
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM RC	Especial 100 RC	495.735/23-1	Apartamento	Nacional	Sim
Especial 100 Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM R1	Especial 100 R.1	495.737/23-7	Apartamento	Nacional	Sim
Executivo Adesão Trad.23 F AHO QP COP RM R1	Executivo R.1	495.756/23-3	Apartamento	Nacional	Sim

h.1) A Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;

h.2) As Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SulAmérica Saúde.

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

- h) **QUANDO O ATENDIMENTO FOR REALIZADO POR PROFISSIONAL NÃO INTEGRANTE DA REDE REFERENCIADA DO PLANO CONTRATADO OS PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS VARIAM DE ACORDO COM O PLANO, OS QUAIS PODEM SER, CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS, HONORÁRIOS MÉDICOS E TERAPIAS NÃO MÉDICAS.**

Tabela de Múltiplos de Reembolso

PLANOS	SEGURADO NÃO INTERNADO				SEGURADO INTERNADO			Valor da US\$ – Unidade de Serviço de Reembolso
	Consultas Médicas	Consultas Emergência e Urgência no P.S.	Exames e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Terapias	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*	
Direto Enfermaria	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Direto Apartamento	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000

Exato-Enfermaria	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Exato-Apartamento	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Especial 100 RC	3,34	3,34	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	0,50000
Especial 100 R.1	4,00	4,00	Não possui	Não possui	2,00	Não possui	Não possui	0,50000
Executivo R.1	11,12	11,12	Não possui	Não possui	5,30	Não possui	Não possui	0,50000

*SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

i) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** – Serão aplicadas à Apólice e/ou Plano, quando necessário, a cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da regulamentação específica.

j) **ELEGIBILIDADE**

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice, em nome do Estipulante, o grupo elegível será composto dos seguintes:

a. **Titular:**

Exclusivamente os profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas, ativos, devidamente registrados e regulares junto ao Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – CRMV-PB.

b. **Dependentes:**

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1. O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais do titular e de seus dependentes, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

2.2. O segurado pagará o prêmio mensal mais os encargos previstos na legislação vigente correspondente à faixa etária do plano de seguro contratado (titular+dependentes), na data do vencimento mensal indicado no documento de cobrança, que corresponde ao dia 01 (primeiro) do mês da vigência em cobrança bancária em favor do Estipulante.

2.3. O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta de Adesão Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

2.4. O prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa nº 63, conforme descrito a seguir:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

2.4.1. O reajuste por mudança de faixa etária para os contratos firmados sob a vigência do presente Aditivo, será realizado nos moldes da tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAIS (TODOS OS PLANOS)
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	37,72%
24 a 28 anos	8,62%
29 a 33 anos	18,66%
34 a 38 anos	9,10%
39 a 43 anos	10,69%
44 a 48 anos	14,27%
49 a 53 anos	22,99%
54 a 58 anos	24,51%
59 anos ou +	59,95%

2.5. As movimentações de Beneficiários ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de contraprestação no faturamento da contraprestação mensal subsequente.

2.6. O pagamento da fatura perante a **OPERADORA PRINCIPAL** é de responsabilidade da **ADMINISTRADORA** de acordo com as cláusulas contratuais.

2.7. O pagamento de contraprestação mensal pelo Beneficiário não quita eventuais débitos anteriores.

2.8. Se a **ADMINISTRADORA** não identificar o pagamento de qualquer contraprestação mensal vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.9. Será expedida a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento para a exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ADMINISTRADORA**.

2.9.1. A notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência será considerada válida quando for concedido, pela **ADMINISTRADORA**, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

2.10. Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão ou rescisão do contrato.

2.11. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ADMINISTRADORA** por motivo de inadimplência irá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

2.12. Caso a inadimplência ou o valor do débito seja questionado à **ADMINISTRADORA** pelo **BENEFICIÁRIO**, será concedido novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito em aberto, se houver.

2.13. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios: **(i)** correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura; **(ii)** mensagem de texto para telefones celulares (SMS); **(iii)** mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; **(iv)** ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor; **(v)** carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou **(vi)** preposto da **ESTIPULANTE**, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

2.13.1. Para a notificação por inadimplência, serão utilizadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da **ADMINISTRADORA**.

2.13.2. A notificação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis prevista será válida quando o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência.

2.14. Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos, o contrato será suspenso ou rescindido unilateralmente por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

2.15. A notificação por inadimplência também poderá ser feita em área restrita da página institucional da **ADMINISTRADORA** na Internet e/ou por meio de aplicativo da **ADMINISTRADORA** para dispositivos móveis, acessível por meio de login e senha pessoais.

2.16. A notificação por inadimplência irá conter as seguintes informações: **(i)** a identificação da **ADMINISTRADORA** de plano de assistência à saúde, com nome, endereço e número de registro da **ADMINISTRADORA** na ANS; **(ii)** a identificação do contratante e dos **BENEFICIÁRIOS** vinculados ao contrato, com nome e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); **(iii)** a identificação do plano privado de assistência à saúde contratado, com nome e número de registro do plano na ANS; **(iv)** o valor exato e atualizado do débito; **(v)** o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento constatados na data de emissão da notificação; **(vi)** a forma e o prazo para o pagamento do débito e a regularização da situação do contrato; e **(vii)** os meios de contato disponibilizados pela **ADMINISTRADORA** para o esclarecimento de dúvidas pela pessoa natural a ser notificada.

2.16.1. A notificação também poderá conter informações como as possibilidades de inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito e de cobrança da dívida e da possibilidade de imputação de novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária.

2.17. Os valores não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora pelos dias em atraso (0.033% ao dia), além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, a mensalidade, acrescida da multa e do juro aqui estabelecidos, será lançada no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se, portanto, duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

2.18. O contrato poderá ser rescindido pela ADMINISTRADORA, sem devolução dos valores pagos, toda vez que o BENEFICIÁRIO se tornar inadimplente de duas mensalidades, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses. Nesta hipótese o BENEFICIÁRIO ficará obrigado a devolver todas as carteiras do plano (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade da ADMINISTRADORA e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, a ADMINISTRADORA poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas à ADMINISTRADORA as parcelas vencidas até o cancelamento.

2.19. Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a mensalidade serão da responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

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

2.21. A mensalidade deverá ser paga pelo Beneficiário antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS REAJUSTES CONTRATUAIS

Estão previstos para este contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir. Podendo os mesmos serem aplicados cumulativamente.

3.1. Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do prêmio mensal será reajustado anualmente **no aniversário da Apólice Mestra Estipulada pela Extramed (de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora), independente da data de início individual de cada segurado**, com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares-VCMH, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro. Esta variação é calculada pela Seguradora conforme normas da ANS e devidamente auditado por empresa de auditoria independente.

3.2. Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, **aplicação no mês de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora, em função da sinistralidade da Apólice Mestra estipulada pela Extramed, independente da data de início individual de cada segurado.**

3.2.1. Será feita uma única apuração para a Apólice Mestra (de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora), independente da data de adesão de cada segurado. Caso seja apurada necessidade de reajuste do prêmio em função da sinistralidade este será aplicado sobre a totalidade do grupo da Apólice Mestra

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

3.2.3. Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos, e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

3.2.4. Na soma dos prêmios serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

3.2.5. Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência do contrato.

3.2.6. O cálculo do prêmio novo, será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$\text{PN} = \frac{\text{PA} \times \text{ISPPA}}{0,70}$$

Na qual:

PN= Prêmio Novo

PA = Prêmio Atual

ISPPA= Índice de Sinistro Pago/Prêmio

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade

3.2.7. O valor do prêmio recalculado por força do que dispõe o “caput” e na formula estabelecida pelo item 3.2.6, será devido a partir da mensalidade com vencimento em 01 (de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora).

3.2.8. As apurações subsequentes ao do primeiro período, serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

3.2.9. A Seguradora reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

3.3. Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato, nas modalidades citadas nas cláusulas anteriores, é informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

4.1. O período de vigência da Apólice e/ou Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão da **SUB-ESTIPULANTE**. A renovação da Apólice e/ou Plano será automática, caso não haja desistência da **ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência, ou o cancelamento da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL**,**

com a mesma antecedência. Após os primeiros 12 meses o cancelamento pode ocorrer com o comunicado prévio de 60 (sessenta) dias.

4.2. As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do primeiro dia do mês posterior ao mês de pagamento da primeira contraprestação mensal, após a aceitação da Proposta de Adesão pela **OPERADORA PRINCIPAL**, respeitados os prazos de carência de cada produto ou serviço disponibilizado.

4.3. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de renovação da vigência da Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA QUINTA – DO CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1. Cancelamento pelo Beneficiário

O contrato poderá ser rescindido por vontade do beneficiário bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento.

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

5.2. Cancelamento pela ADMINISTRADORA

A **ADMINISTRADORA** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o Beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas, observadas as disposições previstas na Cláusula Segunda. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

5.3. Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL

A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

- Quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão-Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação à Apólice e/ou Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou
- Quando forem identificadas pela **OPERADORA PRINCIPAL** infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.4. A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **ADMINISTRADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 (doze) meses.

5.5. A **ADMINISTRADORA** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **OPERADORA PRINCIPAL E /OU A SUB-ESTIPULANTE** com

antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 (doze) meses.

5.6. A rescisão imotivada da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL** e/ou pela **ADMINISTRADORA**, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, após 12 (doze) meses poderá ocorrer a qualquer momento independente da data de renovação da Apólice, se respeitada a comunicação de 60 (sessenta) dias de antecedência.

5.7. O Beneficiário Titular poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) término do vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, que se obriga a reportar essa ocorrência, e (ii) prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.8. O Beneficiário Dependente poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) perda da condição de dependência definida nas condições gerais da Apólice e/ou Plano e (ii) exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação à Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA SEXTA – DA COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para preservar a integridade do resultado do contrato e validação do grupo segurável previsto em contrato, a **OPERADORA** poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do plano, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre **SEGURADO** e **ESTIPULANTE**, entre **SEGURADO** e **SUB-ESTIPULANTE**, e a relação de dependência financeira entre **SEGURADO** Titular e dependentes.

6.1. Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o **SEGURADO** Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo associativo do **SEGURADO** com a **SUB-ESTIPULANTE**, que não seja informado para o **ESTIPULANTE** para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1. O **SEGURADO** será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os procedimentos realizados por atendimento em Rede Referenciada e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2. A **OPERADORA** providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do **SEGURADO** no último dia do mês da ocorrência desta constatação.

6.1.3. Será(ão) também excluído(s) do presente contrato o(s) beneficiário(s), quando:

- a) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- b) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme clausula **I) ELEGIBILIDADE**;

- c) o contrato for rescindido;
- d) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte do beneficiário, observado, no que couber, cláusula **I) ELEGIBILIDADE**;
- e) Os beneficiários dependentes serão automaticamente cancelados na mesma data do cancelamento e/ou óbito do titular.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA CARÊNCIA

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

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

7.2. Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

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

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais, raio x simples), ultrassonografia sem doppler em regime ambulatorial e acupuntura, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de início de vigência do Segurado no plano contratado para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias com *doppler*, tomografias computadorizadas, *tilt tests*, ressonância magnética, todos os procedimentos de radiologia intervencionistas, medicina nuclear, ecodopplercardiograma, *holter* cardíaco 24 horas, cateterismo cardíaco, angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, e as seguintes terapias: oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias, e diálises, terapias com imunobiológicos e pulsoterapia e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de início de vigência do Segurado no plano contratado para parto a termo.

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado no plano contratado para transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME/DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis, além de internações de obesidade mórbida, buco- maxilo e ortopédicas.

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado no plano contratado para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise cirúrgica de refração em oftalmologia e acupuntura.

g) Grupo de carência 6:

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

7.3. Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa n° 557/2022.

7.4. Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças e lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária não é Carência.

CLÁUSULA OITAVA – DA TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

8.1. TABELA DE VALORES PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	343,79	377,21	655,59	704,90	720,64	758,56	1.400,53
19-23	473,46	519,48	902,88	970,77	992,45	1.044,68	1.928,79
24-28	514,28	564,27	980,72	1.054,46	1.078,01	1.134,75	2.095,08
29-33	610,23	669,55	1.163,69	1.251,21	1.279,15	1.346,46	2.485,97
34-38	665,78	730,49	1.269,61	1.365,08	1.395,56	1.469,00	2.712,22
39-43	736,93	808,56	1.405,30	1.510,97	1.544,71	1.626,01	3.002,09
44-48	842,10	923,96	1.605,87	1.726,61	1.765,17	1.858,07	3.430,56
49-53	1.035,70	1.136,38	1.975,05	2.123,57	2.170,99	2.285,24	4.219,24
54-58	1.289,54	1.414,90	2.459,13	2.644,06	2.703,09	2.845,35	5.253,37
59 ou +	2.062,58	2.263,07	3.933,27	4.229,05	4.323,48	4.551,02	8.402,53

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	312,54	342,91	596,00	640,82	655,12	689,61	1.273,21
19-23	430,43	472,25	820,79	882,52	902,23	949,71	1.753,44
24-28	467,53	512,97	891,56	958,62	980,01	1.031,59	1.904,62
29-33	554,77	608,68	1.057,91	1.137,46	1.162,86	1.224,06	2.259,97
34-38	605,25	664,07	1.154,19	1.240,98	1.268,69	1.335,46	2.465,66
39-43	669,94	735,05	1.277,55	1.373,62	1.404,28	1.478,19	2.729,18
44-48	765,55	839,95	1.459,88	1.569,66	1.604,71	1.689,16	3.118,69
49-53	941,55	1.033,07	1.795,50	1.930,53	1.973,62	2.077,50	3.835,68
54-58	1.172,33	1.286,27	2.235,58	2.403,70	2.457,36	2.586,69	4.775,79
59 ou +	1.875,09	2.057,33	3.575,71	3.844,61	3.930,44	4.137,29	7.638,66

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (3 Beneficiários ou mais))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	300,81	330,05	573,64	616,79	630,56	663,75	1.225,46
19-23	414,28	454,55	790,02	849,43	868,39	914,10	1.687,69
24-28	450,00	493,74	858,13	922,67	943,25	992,91	1.833,20
29-33	533,96	585,85	1.018,24	1.094,80	1.119,24	1.178,15	2.175,23
34-38	582,55	639,17	1.110,91	1.194,45	1.221,11	1.285,38	2.373,19
39-43	644,82	707,49	1.229,63	1.322,11	1.351,62	1.422,76	2.626,84
44-48	736,84	808,45	1.405,12	1.510,79	1.544,52	1.625,81	3.001,73
49-53	906,24	994,32	1.728,17	1.858,13	1.899,61	1.999,59	3.691,83
54-58	1.128,35	1.238,02	2.151,74	2.313,56	2.365,20	2.489,69	4.596,70
59 ou +	1.804,76	1.980,17	3.441,62	3.700,44	3.783,03	3.982,15	7.352,21

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

8.2. TABELA DE VALORES PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	240,65	264,04	458,92	493,42	540,48	568,92	1.190,45
19-23	331,42	363,63	632,01	679,54	744,34	783,52	1.639,47
24-28	359,99	394,99	686,51	738,12	808,51	851,07	1.780,82
29-33	427,16	468,68	814,59	875,84	959,36	1.009,85	2.113,07
34-38	466,04	511,34	888,72	955,55	1.046,67	1.101,75	2.305,39
39-43	515,85	565,98	983,71	1.057,67	1.158,54	1.219,51	2.551,78
44-48	589,48	646,77	1.124,11	1.208,63	1.323,88	1.393,56	2.915,97
49-53	724,99	795,45	1.382,54	1.486,49	1.628,24	1.713,94	3.586,35
54-58	902,69	990,42	1.721,40	1.850,83	2.027,32	2.134,02	4.465,36
59 ou +	1.443,81	1.584,14	2.753,30	2.960,32	3.242,61	3.413,27	7.142,15

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	218,77	240,03	417,19	448,58	491,34	517,21	1.082,23
19-23	301,30	330,58	574,55	617,77	676,68	712,29	1.490,42
24-28	327,27	359,08	624,10	671,03	735,01	773,70	1.618,93
29-33	388,33	426,08	740,53	796,23	872,15	918,05	1.920,97
34-38	423,67	464,85	807,93	868,69	951,52	1.001,60	2.095,80
39-43	468,95	514,53	894,28	961,53	1.053,21	1.108,65	2.319,80
44-48	535,88	587,97	1.021,91	1.098,77	1.203,53	1.266,87	2.650,88
49-53	659,09	723,14	1.256,85	1.351,37	1.480,23	1.558,13	3.260,31
54-58	820,62	900,38	1.564,89	1.682,59	1.843,03	1.940,03	4.059,41
59 ou +	1.312,55	1.440,13	2.502,99	2.691,23	2.947,83	3.102,99	6.492,86

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – PARAÍBA – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (3 Beneficiários ou mais))							
Faixa Etária	Direto JP NSn Enfermaria	Direto JP NSn Apartamento	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 RC	Especial 100 R.1	Executivo R.1
00-18	210,57	231,04	401,55	431,75	472,92	497,81	1.041,65
19-23	289,99	318,18	553,01	594,60	651,29	685,57	1.434,54
24-28	315,00	345,61	600,69	645,86	707,44	744,68	1.558,22
29-33	373,77	410,10	712,76	766,37	839,43	883,61	1.848,94
34-38	407,79	447,42	777,63	836,11	915,83	964,03	2.017,21
39-43	451,37	495,25	860,74	925,47	1.013,72	1.067,07	2.232,81
44-48	515,79	565,93	983,58	1.057,56	1.158,39	1.219,36	2.551,47
49-53	634,37	696,04	1.209,71	1.300,69	1.424,71	1.499,69	3.138,07
54-58	789,85	866,63	1.506,21	1.619,48	1.773,90	1.867,26	3.907,19
59 ou +	1.263,33	1.386,14	2.409,11	2.590,29	2.837,29	2.986,61	6.249,40

VALORES EM REAIS. OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

CLÁUSULA NONA – DA COPARTICIPAÇÃO

9.1. É a participação financeira do Segurado titular ou dependente na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à Estipulante, após a realização dos procedimentos descritos a seguir.

9.2. Nos casos de internação em psiquiatria, a coparticipação será de acordo com o disposto abaixo:

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

9.3. Coparticipação em atendimento ambulatorial

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

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

9.3.1. A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à Rede Referenciada ou sobre o valor do Reembolso, havendo valor limite de cobrança por evento. O valor limite por evento é o valor máximo que o Segurado titular ou dependente poderá ser cobrado a título de coparticipação que está definido nas tabelas abaixo:

9.3.1.1. Tabela de Coparticipação Planos: Direto Enfermaria e Direto Apartamento

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 30,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 90,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 50,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 120,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 150,00
Terapias	30%	R\$ 50,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 270,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

9.3.1.2. Tabela de Coparticipação Planos: Exato Enfermaria e Exato Apartamento

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 40,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 125,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 60,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 150,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 160,00
Terapias	30%	R\$ 60,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 320,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

9.3.1.3. Tabela de Coparticipação Planos: Especial 100 RC e Especial 100 R.1

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 75,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 140,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 70,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 170,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 200,00
Terapias	30%	R\$ 70,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 500,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

9.3.1.4. Tabela de Coparticipação Planos: Executivo

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)
Consultas Médicas	30%	R\$ 150,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 320,00
Exames Complementares - A	30%	R\$ 80,00
Exames Complementares - B	30%	R\$ 200,00
Procedimentos Ambulatoriais e todos os Insumos decorrentes destes atendimentos	30%	R\$ 250,00
Terapias	30%	R\$ 90,00
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 570,00

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.

9.3.2. Coparticipação em Internação Hospitalar não Psiquiátrica

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

9.3.2.2. Todas as vezes que houver internação hospitalar do Segurado titular ou dependente haverá a coparticipação, não havendo limite mensal definido para internação hospitalar e o valor está descrito **na tabela constante na clausula 9.3.1.**

9.4. Valor de Coparticipação

O valor financeiro de coparticipação varia de acordo com o plano contratado e está descrito **na tabela constante na clausula 9.3.1**, conforme as regras definidas na cláusula anterior.

9.5. Os valores limites e fixo de coparticipação definidos em reais poderão ser reajustados anualmente, no mês de maio de cada ano, com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares – VCMH, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro.

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

9.7. Será de responsabilidade do Beneficiário o pagamento das coparticipações realizadas no período de cobertura, mesmo que a cobrança ocorra após o cancelamento do plano.

CLÁUSULA DÉCIMA – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

10.1. O Segurado titular deverá optar por um ou mais planos disponibilizados pela Seguradora no momento da contratação e, durante a vigência do seguro, poderá ocorrer transferência de um ou mais segurados para outro plano contratado, desde que observados os seguintes critérios:

10.1.1. A transferência seja realizada no mês de renovação, de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora, para plano imediatamente superior, de acordo com as hipóteses previstas nas subcláusulas 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3 e 10.1.1.4, observada a previsão constante na subcláusula 10.1.1.5, e desde que solicitada formalmente com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.

10.1.1.1. Hipóteses de Transferência entre Planos Diretos SEM Coparticipação:

De	Para
Direto Quarto Coletivo	Direto Apartamento

10.1.1.2. Hipóteses de Transferência entre Planos Diretos COM Coparticipação:

De	Para
Direto Quarto Coletivo	Direto Apartamento

10.1.1.3. Hipóteses de Transferência entre os demais Planos SEM Coparticipação:

De	Para
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Exato Apartamento	Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Especial 100
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Clássico Apartamento	Especial 100 (RC)
	Especial 100 (RM R1)

Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)	Executivo
-------------------------------------------	-----------

10.1.1.4. Hipóteses de Transferência entre os demais Planos COM Coparticipação:

De	Para
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Exato Apartamento	Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Especial 100
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Clássico Apartamento	Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)
Especial 100 (RC) Especial 100 (RM R1)	Executivo

10.1.1.5. Se na região de comercialização do plano contratado não houver o plano indicado, conforme descrito nas tabelas constantes nos itens 10.1.1.3 e 10.1.1.4 acima, a transferência de plano se dará para o plano disponível na região de comercialização, a exemplo da alteração do plano Exato Apartamento para o plano Especial 100.

10.2. Não será permitida a transferência de segurado para plano inferior.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ASSINATURA ELETRÔNICA

11.1. As Partes declaram, nos termos contidos no artigo 10º, parágrafo 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, que a assinatura do presente instrumento e de seus anexos poderá ser efetuada por meio eletrônico, especificamente através de plataforma, ou por outro meio eletrônico definido pelas Partes – (“Assinatura Eletrônica”).

11.2. Na eventualidade do presente Anexo vir a ser assinado por meio eletrônico, as Partes declaram que aceitarão como válidos, eficazes e vinculantes, quaisquer documentos assinados através da Assinatura Eletrônica, reconhecendo que estarão obrigados por tais documentos, para todos os fins de Direito.

OPERADORA 2 – SAÚDE BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA – MUNICIPAL

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

1.1 A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- k) **ESPÉCIE DE APÓLICE E/OU PLANO** – Contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- l) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos, registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- m) **SUB-ESTIPULANTE** – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINARIA DO ESTADO DA PARAÍBA.
- n) **OPERADORA PRINCIPAL** – SAÚDE BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, registro ANS 42115-4;
- o) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 01/05/2024 a 31/04/2025.
- p) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- q) **ABRANGÊNCIA** – Municipal – Exclusivamente na Cidade de João Pessoa.
- r) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Conforme os padrões e registros abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	REGISTRO NA ANS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO
CLASSIC I PLUS ASSOCIATIVO	489.286/21-1	Coletiva	Grupo de estados	SIM
ADVANCE I PLUS ASSOCIATIVO	489.289/21-5	Individual	Grupo de estados	SIM

i.1) A Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;

- s) **COBERTURA** – O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, visando a Assistência Médica, Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde vigente à época do evento.

Respeitadas as disposições contratuais no que se refere ao produto contratado, prazo de carência, exclusões e as coberturas previstas, o BENEFICIÁRIO tem cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, não sendo coberto, no entanto, o transporte do beneficiário para unidade da área de abrangência.

t) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** – Serão aplicadas à Apólice e/ou Plano, quando necessário, a cláusula de cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da regulamentação específica.

u) **ELEGIBILIDADE**

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice em nome do Estipulante o grupo elegível será composto dos seguintes;

a. **Titular:**

a.1. Exclusivamente Médicos Veterinários e Zootecnistas ativos junto ao CRMV-PB

a.2. Não são elegíveis os denominados beneméritos, honorários, fundadores, pensionistas, inativos/aposentados e assemelhados ou de qualquer interessado vinculado a Sub-Estipulante de forma diversa da profissional, classista ou setorial.

a.3. A elegibilidade está condicionada à apresentação da documentação comprobatória do vínculo empregatício do proponente nas profissões e atividades permitidas pelo Estatuto da Sub-Estipulante e de filiação à Sub-Estipulante emitida com data inferior a 90 dias.

b. **Dependentes:**

Poderão ser beneficiários dependentes (“Beneficiários Dependentes”) àqueles que comprovadamente mantenham com o Beneficiário Titular o seguinte grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica:

b.1. o cônjuge, comprovada a união por meio de certidão de casamento;

b.2. o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial, comprovada por meio de declaração pública de união estável;

b.3. os filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva ou tutelados na forma da Lei;

b.4. os filhos comprovadamente inválidos, declarados no Imposto de Renda do Beneficiário Titular;

b.5. o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial, o menor tutelado, ou ainda, daquele que venha a ter a paternidade reconhecida, que ficam equiparados aos filhos.

b.6. A inclusão e permanência dos Beneficiários Dependentes dependem da devida inclusão e sua manutenção do Beneficiário Titular nos seguros e planos de saúde contratados

CLÁUSULA SEGUNDA – PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1. A contraprestação mensal será constituída pela soma das contraprestações individuais do Beneficiário Titular e de seus Beneficiários Dependentes, **acrescidos dos valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO eventualmente devidos, mais os encargos previstos na legislação vigente.**

2.2. O Beneficiário Titular pagará a contraprestação mensal e os encargos previstos na legislação vigente, correspondentes à faixa etária do Plano pelo Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes, no dia 1 (primeiro) do mês de sua vigência, por meio de documento de cobrança bancária emitido em favor da **ADMINISTRADORA.**

2.3. O valor da contraprestação mensal inicial relativa a cada beneficiário definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta de Adesão Plano de Saúde Coletivo por Adesão, que é parte integrante do contrato assinado pelo beneficiário titular.

2.4. A contraprestação mensal será paga somente na rede bancária conveniada, ou por débito em conta corrente do Beneficiário, mediante autorização expressa do correntista, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

2.4.1. A contraprestação mensal será estabelecida considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 563/2022, conforme descrito a seguir:

	Faixas Etária:
1º	0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
2º	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
3º	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
4º	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
5º	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
6º	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
7º	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
8º	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
9º	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
10º	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

2.5. As movimentações de Beneficiários ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de contraprestação no faturamento da contraprestação mensal subsequente.

2.6. O pagamento da fatura perante a **OPERADORA PRINCIPAL** é de responsabilidade da **ADMINISTRADORA** de acordo com as cláusulas contratuais.

2.7. O pagamento de contraprestação mensal pelo Beneficiário não quita eventuais débitos anteriores.

2.8. Se a **ADMINISTRADORA** não identificar o pagamento de qualquer contraprestação mensal vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.9. Será expedida a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento para a exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ADMINISTRADORA**.

2.9.1. A notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência será considerada válida quando for concedido, pela **ADMINISTRADORA**, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

2.10. Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão ou rescisão do contrato.

2.11. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ADMINISTRADORA** por motivo de inadimplência irá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

2.12. Caso a inadimplência ou o valor do débito seja questionado à **ADMINISTRADORA** pelo **BENEFICIÁRIO**, será concedido novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito em aberto, se houver.

2.13. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios: **(i)** correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura; **(ii)** mensagem de texto para telefones celulares (SMS); **(iii)** mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; **(iv)** ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor; **(v)** carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou **(vi)** preposto da **ESTIPULANTE**, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

2.13.1. Para a notificação por inadimplência, serão utilizadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da **ADMINISTRADORA**.

2.13.2. A notificação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis prevista será válida quando o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência.

2.14. Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos, o contrato será suspenso ou rescindido unilateralmente por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

2.15. A notificação por inadimplência também poderá ser feita em área restrita da página institucional da **ADMINISTRADORA** na Internet e/ou por meio de aplicativo da **ADMINISTRADORA** para dispositivos móveis, acessível por meio de login e senha pessoais.

2.16. A notificação por inadimplência irá conter as seguintes informações: **(i)** a identificação da **ADMINISTRADORA** de plano de assistência à saúde, com nome, endereço e número de registro da **ADMINISTRADORA** na ANS; **(ii)** a identificação do contratante e dos **BENEFICIÁRIOS** vinculados ao contrato, com nome e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); **(iii)** a identificação do plano privado de assistência à saúde contratado, com nome e número de registro do plano na ANS; **(iv)** o valor exato e atualizado do débito; **(v)** o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento constatados na data de emissão da notificação; **(vi)** a forma e o prazo para o pagamento do débito e a regularização da situação do contrato; e **(vii)** os meios de contato disponibilizados pela **ADMINISTRADORA** para o esclarecimento de dúvidas pela pessoa natural a ser notificada.

2.16.1. A notificação também poderá conter informações como as possibilidades de inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito e de cobrança da dívida e da possibilidade de imputação de novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária.

2.17. Os valores não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora pelos dias em atraso (0.033% ao dia), além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, a mensalidade, acrescida da multa e do juro aqui estabelecidos, será lançada no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se, portanto, duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

2.18. O contrato poderá ser rescindido pela **ADMINISTRADORA**, sem devolução dos valores pagos, toda vez que o **BENEFICIÁRIO** se tornar inadimplente de duas mensalidades, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses. Nesta hipótese o **BENEFICIÁRIO** ficará obrigado a devolver todas as carteiras do plano

(titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade da ADMINISTRADORA e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, a ADMINISTRADORA poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas à ADMINISTRADORA as parcelas vencidas até o cancelamento.

2.19. Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a mensalidade serão da responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

2.20. O direito às coberturas deste plano será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subseqüente à regularização do pagamento da mensalidade em atraso.

2.21. A mensalidade deverá ser paga pelo Beneficiário antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA TERCEIRA – REAJUSTES CONTRATUAIS

3.1. Além do percentual de variação por alteração de faixa etária, que ocorrerá no mês de aniversário de cada beneficiário, todos os valores de remuneração do presente contrato serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida. O reajuste das contraprestações pecuniárias será aplicado anualmente, conforme o índice de inflação que melhor se adequa a realidade atual da apólice (IGPM/IPCA/ANS/FIPE SAÚDE), acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período, considerando o prazo mínimo de 12 (doze) meses da data de vigência do CONTRATO COLETIVO firmado entre a OPERADORA e a ADMINISTRADORA.

3.1.1. Quando qualquer dos índices componentes da fórmula apresentar variação negativa, será considerado, o valor igual a 0 (zero), bem como se o resultado da equação for negativo, o reajuste financeiro ($R_{financeiro}$) previsto neste capítulo será igual a 0 (zero).

3.2. Além do índice estipulado no item anterior, os preços também serão reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico ($R_{técnico}$), caso seja apurada sinistralidade superior a 70% no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R = (1 + R_{Técnico}) \times (1 + R_{Financeiro}) - 1$$

Parágrafo Único: O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 70% (setenta por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R_{Técnico} = \frac{S}{S_m} - 1, \text{ onde:}$$

S = Corresponde a sinistralidade do período – 12 meses;
Sm = Corresponde a meta de sinistralidade – 70%

3.3. Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de beneficiários vinculados no ato da contratação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de planos de saúde. Assim, qualquer alteração destes itens poderá ensejar a repactuação dos valores devidos, com a devida anuência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.4. Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.

3.5. Fica ainda estabelecido, em função da publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS da RN 557/2022, que:

- I - O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
- II - O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes nessa cláusula;
- III - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
- IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato.

3.6. Tal como preceitua a legislação, a OPERADORA se compromete informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato.

3.7 O valor da mensalidade recalculada será devida a partir da mensalidade com vencimento no mês de aniversário do contrato da ESTIPULANTE, informado na proposta de adesão do beneficiário.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

4.1. O período de vigência da Apólice e/ou Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão da **SUB-ESTIPULANTE**. A renovação da Apólice e/ou Plano será automática, caso não haja desistência da **ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência, ou o cancelamento da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL**, com a mesma antecedência. Após os primeiros 12 meses o cancelamento pode ocorrer com o comunicado prévio de 60 dias.

4.2. As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do primeiro dia do mês posterior ao mês de pagamento da primeira contraprestação mensal, após a aceitação da Proposta de Adesão pela **OPERADORA PRINCIPAL**, respeitados os prazos de carência de cada produto ou serviço disponibilizado.

4.3. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de renovação da vigência da Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA QUINTA – CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1. Cancelamento pelo Beneficiário

O contrato poderá ser rescindido por vontade do beneficiário bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento.

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

5.2. Cancelamento pela ADMINISTRADORA

A **ADMINISTRADORA** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o Beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas, observadas as disposições previstas na Cláusula Segunda. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

5.3. Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL

A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

- Quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão-Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação à Apólice e/ou Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou
- Quando forem identificadas pela **OPERADORA PRINCIPAL** infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.4. A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **ADMINISTRADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 meses.

5.5. A **ADMINISTRADORA** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **OPERADORA PRINCIPAL** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 meses.

5.6. A rescisão imotivada da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL** e/ou pela **ADMINISTRADORA**, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, após 12 meses poderá ocorrer a qualquer momento independente da

data de renovação da Apólice, se respeitada a comunicação de 60 dias de antecedência.

5.7. O Beneficiário Titular poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) término do vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, que se obriga a reportar essa ocorrência, e (ii) prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.8. O Beneficiário Dependente poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) perda da condição de dependência definida nas condições gerais da Apólice e/ou Plano e (ii) exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação à Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA SEXTA – COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para preservar a integridade do resultado do contrato e validação do grupo segurável previsto em contrato, a **OPERADORA** poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do plano, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre **BENEFICIÁRIO** e **ESTIPULANTE**, entre **BENEFICIÁRIO** e **SUB-ESTIPULANTE**, e a relação de dependência financeira entre **BENEFICIÁRIO** Titular e dependentes.

6.1. Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo associativo do **BENEFICIÁRIO** com a **SUB-ESTIPULANTE**, que não seja informado para o **ESTIPULANTE** para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1. O **BENEFICIÁRIO** será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os procedimentos realizados por atendimento em Rede Referenciada e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2. A **OPERADORA** providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do **BENEFICIÁRIO** no último dia do mês da ocorrência desta constatação.

6.1.3. Será(ão) também excluído(s) do presente contrato o(s) beneficiário(s), quando:

- a) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- b) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme clausula **I) ELEGIBILIDADE**;
- c) o contrato for rescindido;
- d) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte do beneficiário, observado, no que couber, clausula **I) ELEGIBILIDADE**;
- e) Os beneficiários dependentes serão automaticamente cancelados na mesma data do cancelamento e/ou óbito do titular.

CLÁUSULA SÉTIMA – CARÊNCIA

7.1. Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento dos períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da inscrição do usuário no plano de saúde:

ALINEA	PRAZO	PRAZO PROCEDIMENTOS
A	24 horas	Acidentes Pessoais, urgência e emergência ambulatoriais conforme a legislação, complicações gestacionais e urgência
B	30 dias	Consultas Médicas e Exames de Sumário de Urina, Hemograma, Eletrocardiograma, Parasitológico de fezes, Raio X Convencional, Ultrassom convencional, Eletrocefalograma Convencional, Eco cardiograma Convencional.
C	180 dias	Internações Clínicas ou Cirúrgicas, Tratamento de Radioterapia,
D	180 dias	Internações Clínicas ou Cirúrgicas, Tratamento de Radioterapia, Quimioterapia, Tomografia Computadorizada, Escleroterapia de Varizes (limitado a 10 sessões por ano contratual), Ultrassonografia com Doppler, holter 24 horas, Angiologia, Videolaparoscopia, Laparoscopia Diagnóstica, Cirurgia Cardíaca, Cateterismo Cardíaco, Cirurgia Neurológica, Ressonância Nuclear Magnética, Arteriografia, Broncoscopia, Angiografia Digital dos 04 Vasos, Cirurgia Torácica.
E	300 dias	Parto
F	24 meses	Doenças Preexistentes a assinatura do contrato.

7.2. Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa n° 557/2022.

7.3. Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças e lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária não é Carência.

7.4. Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento deverá assinar novo Termo de Adesão e cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de carência para acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente contratada.

CLÁUSULA OITAVA – TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

<p>TABELA DE VALORES EXTRAMED – SB SAUDE (Valor Individual por Pessoa Incluída)</p>

Faixa Etária	CLASSIC I PLUS ASSOCIATIVO - ENFERMARIA	ADVANCE I PLUS ASSOCIATIVO APARTAMENTO
00-18	R\$ 209,88	R\$ 314,35
19-23	R\$ 276,73	R\$ 414,65
24-28	R\$ 318,10	R\$ 476,70
29-33	R\$ 356,16	R\$ 533,78
34-38	R\$ 373,92	R\$ 560,42
39-43	R\$ 422,40	R\$ 633,17
44-48	R\$ 515,11	R\$ 772,25
49-53	R\$ 710,50	R\$ 1.065,36
54-58	R\$ 958,85	R\$ 1.437,89
59 ou +	R\$ 1.246,21	R\$ 1.868,96

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

CLÁUSULA NONA – COPARTICIPAÇÃO

9.1. A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à ESTIPULANTE, após a realização do procedimento.

9.2. Este contrato prevê para cobrança de coparticipação em consultas, exames e procedimentos tal como previsto a seguir:

Coparticipação
Consulta eletiva: R\$ 25,00
Consulta P.S.: R\$ 50,00
Exames Simples: 30% do valor da tabela, limitado a R\$ 40,00
Exames Complexos: 30% do valor da tabela, limitado a R\$ 150,00

9.3 Nos casos de internação em psiquiatria, a coparticipação será de acordo com o disposto abaixo.

a) **Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes, sendo que esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.**

CLÁUSULA DÉCIMA – ASSINATURA ELETRÔNICA

10.1. As Partes declaram, nos termos contidos no artigo 10º, parágrafo 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, que a assinatura do presente instrumento e de seus anexos poderá ser efetuada por meio eletrônico, especificamente através de plataforma, ou por outro meio eletrônico definido pelas Partes – (“Assinatura Eletrônica”).

10.2. Na eventualidade do presente Anexo vir a ser assinado por meio eletrônico, as Partes declaram que aceitarão como válidos, eficazes e vinculantes, quaisquer documentos assinados através da Assinatura Eletrônica, reconhecendo que estarão obrigados por tais documentos, para todos os fins de Direito.

ASSISTBOX – ODONTOGROUP – NACIONAL

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO E/OU PLANO

1.1 A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos, registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- b) **OPERADORA PRINCIPAL** – ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA, registro ANS 389854;
- c) **VIGÊNCIA DO PLANO** – De acordo com o período de vigência definido para a apólice de cada portfólio de produtos da operadora;
- d) **SEGMENTAÇÃO** – A segmentação assistencial assegurada é a definida para o plano odontológico, conforme Rol de Procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – Odontológico;
- e) **ABRANGÊNCIA** – Nacional;
- f) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Planos conforme nomenclatura e registro abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	REGISTRO NA ANS	COBERTURA	COPARTICIPAÇÃO
ODONTOCLINICO COLETIVO POR ADESÃO	442.559.03-6	Rol de Procedimentos ANS	Não
ODONTO DOC CA	489.270.21-4	Rol de Procedimentos ANS + Cobertura Adicional conforme cláusula j.1	Não

- g) **COBERTURA** – Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - Odontológico, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à

Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, desde que realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede.

g.1. Da cobertura adicional ao rol mínimo exclusivamente para o plano Odonto Doc CA – 489.270.21-4

g.1.1. A cobertura se refere aos procedimentos odontológicos a seguir e de acordo com as Diretrizes para Autorização, desde que realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

g.1.2. Cobertura Adicional na Especialidade Ortodontia. Fica assegurado o custeio adicional das despesas com a colocação de aparelho ortodôntico, documentação inicial para a colocação do aparelho ortodôntico e a documentação final para a retirada do aparelho ortodôntico, conforme especificações a seguir;

g.1.2.1 – 01 (um) aparelho ortodôntico fixo, metálico, de fabricação nacional, para arcada superior e arcada inferior;

g.1.2.2 – 01 (uma) documentação inicial, que será autorizada uma vez, no início do tratamento ortodôntico, e que é composta por:

i. – 01 (um) modelo ortodôntico (arcadas superior e inferior);

ii – 01 (uma) radiografia panorâmica de mandíbula e maxila (ortopantomografia);

iii – 01 (uma) telerradiografia com traçado cefalométrico (arcadas superior e inferior);

iv – 04 (quatro) radiografias periapicais;

v – 06 (seis) fotografias.

g.1.2.3 – 01 (uma) documentação final, que será autorizada uma vez, no final do tratamento ortodôntico, e que é composta por:

i – 01 (um) modelo ortodôntico (arcadas superior e inferior);

ii – 01 (uma) radiografia panorâmica de mandíbula e maxila (ortopantomografia).

g.1.3. Diretrizes para Autorização dos Procedimentos Adicionais ao Rol Mínimo

g.1.3.1 – DPA Aparelho Ortodôntico: aparelhos ortodônticos confeccionados com qualquer material diverso do citado no item g.1.2.1 estão excluídos da cobertura deste contrato.

h) EXCLUSÕES DE COBERTURA

h.1. São excluídos da cobertura os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento e os provenientes de:

h.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

h.1.2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

h.1.3. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

h.1.4. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

h.1.5. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- h.1.6. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- h.1.7. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h.1.8. Consultas domiciliares;
- h.1.9. Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
- h.1.10. Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares, assim como próteses, órteses e acessórios ligados a tais procedimentos;
 - i. Também estão excluídas as despesas hospitalares relacionadas à anestesia, internação, centro cirúrgico e outras correlacionadas quando do atendimento a paciente especial, em ambiente hospitalar, para a realização de procedimento odontológico.
- h.1.11. Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório, bem como os exames complementares solicitados para este fim;
- h.1.12. Procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos, materiais e peças relacionados à implantodontia;
- h.1.13. Procedimentos relacionados à correção de malformação congênita.

i) NORMAS DE ATENDIMENTO

- i.1. Os beneficiários do plano serão atendidos por profissionais credenciados, em seus respectivos consultórios ou clínicas, com hora marcada e de acordo com a disponibilidade de horário, mediante a apresentação do cartão de acesso (físico ou digital) fornecido pela contratada e um documento oficial de identificação pessoal com foto;
 - i.1.1. Sem a devida identificação, o beneficiário não será atendido, não cabendo à contratada ou ao dentista quaisquer ônus ou responsabilidade sobre as consequências que ao fato possa causar, além de obrigar o beneficiário ao pagamento da consulta, conforme o valor estabelecido na tabela do Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal – VRPO (Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos), divulgada no site da Associação Brasileira de Odontologia – ABO, ressalvados os casos de urgência/emergência.
- i.2. A Operadora reserva a si o direito de realizar auditorias, exames ou inspeções antes, durante ou após o término do tratamento, não podendo o beneficiário recusar-se em atender convocação para tal fim, salvo por motivo justo;
 - i.2.1. As auditorias serão realizadas por odontólogo devidamente credenciado pela contratada, em horário previamente agendado pelo beneficiário, sendo que o procedimento auditado, se dentro dos parâmetros legais, deverá ser autorizado e liberado pela contratada no prazo máximo de um dia útil ou prazo inferior, se caracterizado urgência ou emergência;

i.2.2. É facultada à OdontoGroup a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento;

i.2.3. São passíveis de auditoria clínica os procedimentos de todas as especialidades.

j) ELEGIBILIDADE

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice em nome do Estipulante o grupo elegível será composto dos seguintes;

a. Titular:

Exclusivamente os profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas, ativos, devidamente registrados e regulares junto ao Conselho Regional de Medicina Veterinária da 12ª Região – **CRMV-PB**.

b. Dependentes:

b.1. São admitidos como **dependentes diretos**, reconhecidos como dependentes no INSS ou IR:

b.1.1. Cônjuge ou companheiro/a;

b.1.2. Filhos/as (próprios ou adotivos), de qualquer idade;

b.1.3. Filhos/as portadores de necessidades especiais de qualquer natureza, independentemente da idade;

b.2. São admitidos como **dependentes agregados**:

b.2.1. Pais do beneficiário titular e de seu cônjuge;

b.2.2. Irmãos e netos de até 30 (trinta) anos;

b.2.3. Enteados qualquer idade;

b.2.4. Bisneto, bisavós, tios, sobrinhos e parceiros homoafetivos;

k) PERÍODOS DE CARÊNCIAS

k.1. Será exigido o cumprimento dos prazos de carência, para cada beneficiário a partir do seu ingresso, nos termos da regulamentação específica, limitados aos previstos em lei, conforme a seguir:

k.2. Para Plano ODONTOCLINICO COLETIVO POR ADESÃO – 442.559.03-6

k.2.1.1. Urgência e Emergência: 24 horas;

k.2.1.2. Consultas: 30 dias;

k.2.1.3. Radiologia, Dentística, Prevenção em Saúde Bucal, Cirurgia e Odontopediatria: 60 dias;

k.2.1.4. Periodontia e Endodontia: 90 dias;

k.2.1.5. Prótese: 180 dias.

k.3. Para Plano ODONTO DOC CA – 489.270.21-4

k.3.1. Urgência e Emergência: 24 horas;

k.3.2. Consultas, Ortodontia e Radiologia: 30 dias;

k.3.3. Cirurgia, Dentística, Prevenção em Saúde Bucal e Odontopediatria: 60 dias;

k.3.4. Periodontia e Endodontia: 90 dias;

k.3.5. Prótese: 180 dias.

CLÁUSULA SEGUNDA – PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1 A contraprestação mensal será constituída pela soma das contraprestações individuais do Beneficiário Titular e de seus Beneficiários Dependentes.

2.2 O Beneficiário Titular pagará a contraprestação mensal e os encargos previstos na legislação vigente, correspondente ao Plano contratado pelo Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes, no dia 30 (trinta) do mês anterior à sua vigência, por meio de débito em conta corrente ou via cartão de crédito emitido em favor da **ADMINISTRADORA**.

2.3 A contraprestação mensal será paga somente por meio de débito em conta corrente do beneficiário ou via cartão de crédito, mediante autorização expressa do Beneficiário titular, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

2.4 As contraprestações individuais e os acertos de contraprestação decorrentes de inclusões e exclusões de Beneficiários serão contabilizadas na contraprestação mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

2.5 As movimentações de Beneficiários ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de contraprestação no faturamento da contraprestação mensal subsequente.

2.6 O pagamento da fatura perante a **OPERADORA PRINCIPAL** é de responsabilidade da **ADMINISTRADORA** de acordo com as cláusulas contratuais.

2.7 O pagamento de contraprestação mensal pelo Beneficiário não quita eventuais débitos anteriores.

2.8 Se a **ADMINISTRADORA** não identificar o pagamento de qualquer contraprestação mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.9 As contraprestações não pagas até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juro de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, o valor da mensalidade, acrescido de multa e do juro aqui estabelecidos, será lançado no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se, portanto, duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

2.10 O Plano poderá ser rescindido pela **ADMINISTRADORA**, sem devolução das contraprestações pagas pelo Beneficiário, toda vez que o Beneficiário tornar-se inadimplente por um período superior a 30 (trinta) dias, depois de esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no documento de cobrança. Nesta hipótese o Beneficiário Titular ficará obrigado a devolver todas as carteiras de identificação do Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes, vinculadas à Apólice e/ou Plano.

2.11 O Beneficiário Titular reconhece que as carteiras de identificação mencionadas no item 2.10 são de propriedade da **ADMINISTRADORA**, que as cede em comodato ao Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes. Em caso de não devolução das carteiras de identificação, na hipótese de rescisão da Apólice e/ou Plano, a

ADMINISTRADORA poderá valer-se de todos os procedimentos legalmente admitidos para reavê-las.

2.12 Como consequência da não devolução das carteiras de identificação referidas no item 2.10, os Beneficiários serão responsáveis por ressarcir à **ADMINISTRADORA** todas as despesas e custos necessários à recuperação das carteiras de identificação, além de continuarem obrigados pelo pagamento das contraprestações contratadas até a data da efetiva devolução e entrega das carteiras de identificação.

2.13 O atraso no pagamento da contraprestação mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas da Apólice e/ou Plano a partir do primeiro dia de inadimplência do Beneficiário.

2.14 O direito às coberturas da Apólice e/ou Plano será readquirido a partir de zero hora do dia subsequente à regularização do pagamento da contraprestação em atraso.

CLÁUSULA TERCEIRA – REAJUSTE

3.1. O valor das contraprestações do presente contrato será reajustado na data de seu aniversário **no aniversário do Contrato Principal Estipulado pela Extramed (indicado na proposta de adesão), independente da data de início individual de cada beneficiário**, de acordo com o IPCA/IBGE, o reajuste será comunicado à ANS (artigos 14, 15 e 16 da RN 172/2008) e será divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação (RN 279/2011);

3.1.1. Na hipótese de descontinuidade deste índice será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

3.2. Para efeito contratual é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuária do contrato (artigo 25, § 1º, da RN 557/2022);

3.3. O presente contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses e essa iniciasse no mês de aniversário do contrato;

3.3.1. A periodicidade refere-se ao intervalo entre o mês de aniversário de um ano para o outro ano.

3.4. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuária da carteira de planos, o contrato receberá reajuste por sinistralidade, nos termos dos subitens a seguir. O nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais (SCE) e as receitas diretas do plano (RE), apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês do início da vigência;

3.4.1. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item anterior e na mesma data, de forma a garantir a anualidade do reajuste;

3.4.2. O percentual máximo de sinistralidade (Ismax) será de 60% (sessenta por cento);

3.4.3. Fórmula para o cálculo e reajuste por sinistralidade:

Isper - índice de sinistralidade do período

FR - fator de reajuste

PR - preço reajustado

PA - preço atual

$Isper = (SCE / RE) \times 100$

$FR = Isper / Ismax$

$PR = PA \times FR$

3.4.4. Somente será aplicado reajuste por sinistralidade quando o FR for mais que 1,0.

3.5. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;

3.6. A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, aplicação de reajuste no mês de maio, em função da sinistralidade do Contrato Principal da Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

3.7. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários de um mesmo plano e contrato (artigo 26 da RN 557/2022).

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

4.1 O período de vigência da Apólice e/ou Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão da **SUB-ESTIPULANTE**. A renovação da Apólice e/ou Plano será automática, caso não haja desistência da **ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência, ou o cancelamento da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL**, com a mesma antecedência. Após os primeiros 12 meses o cancelamento pode ocorrer com o comunicado prévio de 60 dias.

4.2 As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do primeiro dia do mês posterior ao mês de pagamento da primeira contraprestação mensal, após a aceitação da Proposta de Adesão pela **OPERADORA PRINCIPAL**, respeitados os prazos de carência de cada produto ou serviço disponibilizado.

4.3 Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de renovação da vigência da Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA QUINTA – CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1 Cancelamento pelo Beneficiário

O contrato poderá ser rescindido por vontade do beneficiário bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento.

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

5.2 Cancelamento pela ADMINISTRADORA

A **ADMINISTRADORA** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o Beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas, observadas as disposições previstas na Cláusula Segunda. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

5.3 Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL

A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

- Quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão-Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação à Apólice e/ou Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou
- Quando forem identificadas pela **OPERADORA PRINCIPAL** infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.4 A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **ADMINISTRADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 meses.

5.5 A **ADMINISTRADORA** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **OPERADORA PRINCIPAL E /OU A SUB-ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, respeitado o período mínimo de 12 meses.

5.6 A rescisão imotivada da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL** e/ou pela **ADMINISTRADORA**, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, após 12 meses poderá ocorrer a qualquer momento independente da data de renovação da Apólice, se respeitada a comunicação de 60 dias de antecedência.

5.7 O Beneficiário Titular poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) término do vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, que se obriga a reportar essa ocorrência, e (ii) prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.8 O Beneficiário Dependente poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) perda da condição de dependência definida nas condições gerais da Apólice e/ou Plano e (ii) exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação à Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA SEXTA – COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para preservar a integridade do resultado do contrato e validação do grupo segurável previsto em contrato, a **OPERADORA** poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do plano, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre **BENEFICIÁRIO** e **ESTIPULANTE**, entre **BENEFICIÁRIO** e **SUB-ESTIPULANTE**, e a relação de dependência financeira entre **BENEFICIÁRIO** Titular e dependentes.

6.1. Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo associativo do **BENEFICIÁRIO** com a **SUB-ESTIPULANTE**, que não seja informado para o **ESTIPULANTE** para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1 O **BENEFICIÁRIO** será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os procedimentos realizados por atendimento em Rede Referenciada e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2 A **OPERADORA** providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do **BENEFICIÁRIO** no último dia do mês da ocorrência desta constatação.

6.1.3 Será(ão) também excluído(s) do presente contrato o(s) beneficiário(s), quando:

- permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme clausula **m) ELEGIBILIDADE**;
- o contrato for rescindido;
- por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte do beneficiário, observado, no que couber, clausula **m) ELEGIBILIDADE**;
- Os beneficiários dependentes serão automaticamente cancelados na mesma data do cancelamento e/ou óbito do titular.

CLÁUSULA SÉTIMA – TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais são as seguintes para contratação via débito em conta corrente dos bancos conveniados e cartão de crédito:

Plano AssistBox Blue	ODONTOCLINICO COLETIVO POR ADESÃO – Registro ANS: 442.559/03-6
	PRONTO ATENDIMENTO CLÍNICO DIGITAL 24 HORAS POR TELEMEDICINA
	SEGURO ASSISTÊNCIA FUNERAL – PADRÃO LUXO – R\$ 5.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SEGURO MORTE ACIDENTAL – R\$ 30.000,00 (conforme condições gerais do seguro)

	SEGURO INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE DE ATÉ – R\$ 30.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SEGURO RISCO CIRÚRGICO – R\$ 30.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SORTEIO MENSAL – R\$ 50.000,00 (conforme condições gerais)
	DESCONTO FARMÁCIA
	CASHBACK – Conforme condições particulares
	ASSISTÊNCIA PET – Conforme Condições Particulares do Plano
MENSALIDADE (*)	
44,90	

*Contraprestação mensal individual expressa em Reais.

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

AssistBox Premium	ODONTO DOC CA – Registro ANS: 489.270.21-4
	PRONTO ATENDIMENTO CLÍNICO DIGITAL 24 HORAS POR TELEMEDICINA (conforme condições gerais do seguro)
	SEGURO ASSISTÊNCIA FUNERAL – PADRÃO SUPER LUXO – R\$ 8.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SEGURO MORTE ACIDENTAL – R\$ 50.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SEGURO INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE DE ATÉ – R\$ 50.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SEGURO RISCO CIRÚRGICO – R\$ 50.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	SORTEIO MENSAL – R\$ 50.000,00 (conforme condições gerais do seguro)
	DESCONTO FARMÁCIA
	CASHBACK – Conforme condições gerais
	ASSISTÊNCIA PET – Conforme Condições Particulares do Plano)
MENSALIDADE (*)	
54,90	

*Contraprestação mensal individual expressa em Reais.

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

CLÁUSULA OITAVA – BENEFÍCIOS ADICIONAIS

8.1. Além das condições do contrato de Adesão Plano Odontológico Coletivo por Adesão contratado, serão disponibilizados benefícios adicionais relacionados no contrato do beneficiário, gratuitamente.

- 8.2.** Os Benefícios Adicionais relacionados no contrato do beneficiário são válidos enquanto vigorarem o plano odontológico dos beneficiários vigentes, respeitados as demais condições descritas no contrato do beneficiário.
- 8.3.** Os Benefícios Adicionais relacionados no contrato do beneficiário serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela Estipulante, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas no contrato do beneficiário.
- 8.4.** A Estipulante reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços, os limites financeiros de cobertura, a abrangência e as demais condições relacionadas aos Benefícios Adicionais, a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Beneficiário.
- 8.5.** No caso de descontinuidade dos Benefícios Adicionais relacionados no contrato do beneficiário, a Estipulante comunicará aos beneficiários titulares com 60 (sessenta) dias de antecedência a data de extinção e/ou alteração.
- 8.6.** Os Benefícios Adicionais relacionados no contrato do beneficiário são válidos enquanto vigorarem os contratos ou acordos com as empresas que os operam. No caso de descontinuidade dos Benefícios Adicionais relacionados no contrato do beneficiário, a Estipulante será comunicada com 60 (sessenta dias) da sua extinção e deverá comunicar os Segurados com 30 (trinta) dias de antecedência.
- 8.7.** Os Benefícios Adicionais relacionados no contrato do beneficiário terão a mesma vigência do plano odontológico, podendo ser renovado ou não por igual(is) período(s).
- 8.8.** A **Estipulante**, poderá a qualquer tempo, alterar o(s) fornecedor(es) dos serviços assistenciais que estão compreendidos no objeto do presente Contrato.
- 8.9.** A informação dos nomes dos fornecedores dos serviços assistenciais constará do sítio eletrônico da **Estipulante**, para conhecimento dos **BENEFICIÁRIOS**.

8.10. Benefícios:

- a. PA Digital Telemedicina –** É composto de uma Central Clínica 24horas com médicos clínicos de plantão para esclarecimento de dúvidas e atendimento de situações de urgência e emergência, por telemedicina. **Este serviço não possui aplicação de carência.**
- b. Seguro Risco Cirúrgico –** A cobertura de Risco Cirúrgico tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização única ao segurado, limitada ao capital do plano escolhido, maior de 14 (quatorze) anos e menor de 65 (sessenta e cinco) anos, caso o mesmo seja submetido, durante a vigência do seguro, a um dos procedimentos cirúrgicos cobertos e sua ocorrência tenha sido decorrente de enfermidade diagnosticada após o período de carência, conforme estabelecido nas condições especiais do seguro. **Esta cobertura, destina-se exclusivamente para segurados maiores de 14 (quatorze) anos e menores de 69 (sessenta e nove) anos. Idade máxima para inclusão nesta cobertura é de 64 (sessenta e quatro) anos. O segurado ao completar 69 (sessenta e nove) anos de idade será automaticamente excluído desta cobertura. Este seguro possui aplicação de 180 (cento e oitenta) dias de carência.**

- c. **Assistência Funeral** – A cobertura de Assistência Funeral tem por objetivo garantir o serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com funeral cobertas pelo plano limitado ao capital do plano escolhido, quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos conforme Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. **Idade máxima para inclusão nesta cobertura é de 64 (sessenta e quatro) anos. Este serviço não possui aplicação de carência.**
- d. **Assistência Pet** – O Assistência PET tem por objetivo auxiliar o cliente em seus cuidados com seu animal doméstico através do conjunto de serviços descritos nas condições particulares, respeitando-se as condições, limites e exclusões de cada um. Assistência válida para um animal (cão ou gato) para cada grupo familiar incluído no plano odontológico. **Este serviço possui aplicação de carência conforme cláusula contratual.**
- e. **Seguro Morte Acidental** – A cobertura de Morte Acidental tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, limitado ao capital do plano escolhido, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens das condições gerais do Plano de Seguro de Pessoas. **Esta cobertura, destina-se exclusivamente para segurados maiores de 14 (quatorze) anos. Idade Máxima para inclusão nesta cobertura é de 64 (sessenta e quatro) anos. Este serviço não possui aplicação de carência.**
- f. **Seguro Invalidez Permanente por Acidente** – A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, limitado ao capital do plano escolhido, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens das condições gerais do Plano de Seguro de Pessoas. **Esta cobertura destina-se exclusivamente para segurados maiores de 14 (quatorze) anos. Idade máxima para inclusão nesta cobertura é de 64 (sessenta e quatro) anos**
- g. **Sorteio Mensal** – A adesão ao plano garante a participação do beneficiário em concorrer por sorteio, com base nas extrações da Loteria Federal, ao valor bruto de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês. Os sorteios serão garantidos através da empresa **KOVR CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 93.202.448/0001-79** conforme condições gerais aprovadas pela Superintendência de Seguros Privados – que regem e esclarecem qualquer dúvida que venham a ocorrer sobre os sorteios e regulamento específico previamente aprovado conforme condições gerais deste Contrato.
- h. **Desconto em Farmácia** – Será disponibilizado o sistema de desconto em Farmácia da Epharma.



- i. **Cashback de até 50% do valor pago para compra de medicamento – Epharma** – Será disponibilizado um cashback mensal não cumulativo de 50% do valor da mensalidade para compra de medicamentos tarjados com receita médica exclusivamente através do sistema de gerenciamento da Epharma.

CLÁUSULA NONA – ASSINATURA ELETRÔNICA

9.1. As Partes declaram, nos termos contidos no artigo 10º, parágrafo 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, que a assinatura do presente instrumento e de seus anexos poderá ser efetuada por meio eletrônico, especificamente através de plataforma, ou por outro meio eletrônico definido pelas Partes – (“Assinatura Eletrônica”).

9.2. Na eventualidade do presente Anexo vir a ser assinado por meio eletrônico, as Partes declaram que aceitarão como válidos, eficazes e vinculantes, quaisquer documentos assinados através da Assinatura Eletrônica, reconhecendo que estarão obrigados por tais documentos, para todos os fins de Direito.

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Anexo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, 25 de março de 2024.

EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura
Presidente
RG: 874.747-4 SSP/PR
CPF: 354.710.939-68

*Rua Desembargador Clotário Portugal, 243 – Alto São Francisco
CEP 80410-220 – Curitiba – Paraná
Tel.: (41) 3068-8700
www.extramед.com.br*

Este documento foi assinado eletronicamente por Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código A99C-E96E-A590-D214.

Este documento foi assinado eletronicamente por Ileana Maria Iglesias Teixeira Moura.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código A99C-E96E-A590-D214.