



Cammed

Quem tem vive melhor.

Família

CONTRATO

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

A) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil - CAMED, situada à Av. Santos Dumont nº 782, bairro: Centro, Fortaleza/CE, CEP: 60150-160, CNPJ nº 05.814.777/0001-03, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 38569-7, perante a qual se classifica como Autogestão.

B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

BANCO DO NORDESTE DO BRASIL SA, situada à Av. Dr. Silas Munguba nº 5700, bairro: Passaré, Fortaleza/CE, CEP: 60743-902, CNPJ nº 07.237.373/0001-20.

C) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O presente contrato refere-se ao plano denominado FAMÍLIA, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o número 400.648/99-8.

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO

O plano descrito no presente contrato encontra-se registrado sob contratação coletivo empresarial.

E) TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O plano ora CONTRATADO está registrado sob a segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

F) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação deste plano é apartamento.

G) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A abrangência geográfica deste plano é Nacional.

CAPÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente regulamento tem por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência a Saúde, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID- 10, em consonância com o inciso I, do artigo 1º, da Lei no 9.656/1998.

1.2. O presente instrumento trata-se de um regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.



[Handwritten signature]

CONTRATO PLANO FAMÍLIA



CAPÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e ligada à CONTRATADA por relação empregatícia ou estatutária.

2.2. Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIO TITULAR aqueles que comprovem ter um do(s) seguinte(s) vínculo(s):

- a) Empregado da empresa CONTRATANTE;
- b) Ex-empregados, desde que aposentados na vigência da relação de emprego, com a CONTRATANTE ou que mantém o vínculo com a CAIXA PREVIDENCIA FUNCIONARIOS BANCO NORDESTE DO BRASIL - CAPEF após o desligamento, caso não tenha sido demitido por justa causa;
- c) Ex-empregados, desde que demitido sem justa causa, sendo garantido um terço de permanência de tempo de plano, com mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- d) Membros da Diretoria da CONTRATANTE, não empregados, quando em efetivo exercício na empresa CONTRATANTE;
- e) Ex-membro da Diretoria da empresa CONTRATANTE, não empregados, sendo garantido um terço de permanência de plano, com mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

2.3. Podem ser inscritos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas, desde que não seja funcionário(a) de entidade patrocinadora - Banco do Nordeste:

- a) Filhos, de qualquer condição e enteados, de ambos os sexos, não passíveis de enquadramento no Plano Natural da CONTRATADA;
- b) Pai e mãe;
- c) Padrasto, madrasta, avós, sogros, genros, noras, netos, bisnetos, irmãos, filhos de companheiro (a), tios, sobrinhos e cunhados;
- d) O novo cônjuge ou companheiro, no caso de o associado contrair novas núpcias ou união estável e não seja possível o seu enquadramento no Plano Natural da CONTRATADA.

2.3.1. Ao solicitar qualquer inclusão, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá informar os dados pessoais de todos a serem incluídos e ainda, o enquadramento na respectiva dependência. É necessário apresentar documentação comprobatória, disponibilizando-a sempre que solicitado.



2.4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

- 2.4.1. A inscrição pode ser exercida quando o BENEFICIÁRIO TITULAR for o pai ou a mãe;
- 2.4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela CONTRATADA ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
- 2.4.3. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

2.5. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

2.6. A inscrição do recém nascido, na forma dos itens 2.4 e 2.5, pelo BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, observará as condições de elegibilidade previstas neste tema.

2.7. No que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela CONTRATADA, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

- 2.7.1. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
- 2.7.2. Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

2.8. O menor de 12 (doze) anos adotado por BENEFICIÁRIO TITULAR de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação CONTRATADA, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

2.9. O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, independente da segmentação CONTRATADA.

2.10. A inscrição de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE prevista nos itens 2.8 e 2.9 observará as condições de elegibilidade previstas neste tema.



CONTRATO PLANO FAMÍLIA



2.11. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- 2.11.1. Do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de BENEFICIÁRIO TITULAR, pai ou mãe;
- 2.11.2. Da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido cujo responsável legal seja BENEFICIÁRIO TITULAR; e
- 2.11.3. Na hipótese de menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação CONTRATADA.

2.12. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de Cobertura Parcial Temporária.

2.13. A cobertura assistencial opera sob mês civil, iniciando no primeiro dia e encerrando no último dia de cada mês. Os pedidos de inclusão deverão ser encaminhados à CONTRATADA até o último dia útil de cada mês, para que, preenchidas as condições definidas no presente instrumento, a aprovação da inscrição possa ocorrer no primeiro dia útil do mês subsequente.

2.14. Ao BENEFICIÁRIO TITULAR será facultado o direito de requerer a inscrição de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, na forma do presente contrato. A inscrição de qualquer BENEFICIÁRIO DEPENDENTE sujeitará o BENEFICIÁRIO TITULAR à responsabilidade por valores decorrentes da utilização de serviços por meio da CONTRATADA, bem assim por taxas e contribuições, quando devidas.

CAPÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas no presente instrumento, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por meio 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).

3.2. A cobertura ambulatorial compreende:

I) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina CFM;

II) Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitado



6. www.camed.com.br

f /camednaweb

t /@camednaweb



MICROFILMADO

695783

Cartório Moraes Correia 2º RTD

Família

pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

- III) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- IV) Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- V) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- VI) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta em número ilimitado;
- VII) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- VIII) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
- IX) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as diretrizes de utilização estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.



CONTRATO PLANO FAMÍLIA



- X) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a Segmentação ambulatorial;
- XII) Hemoterapia ambulatorial;
- XIII) Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.3. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I) A cobertura de internações hospitalares, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou CONTRATADOS pelo plano; cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- II) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- III) Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- IV) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do(a) BENEFICIÁRIO e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- VI) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do BENEFICIÁRIO menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de



internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

- VII) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
- VIII) Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- IX) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- X) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição parenteral ou enteral;
 - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Radiologia intervencionista;



- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- XI) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:
- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
- a.1) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- a.2) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- a.3) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- a.4) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- b) Os BENEFICIÁRIOS candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;
- c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XIV) Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que devem desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de



cobertura oferecida em regime de internação hospitalar para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar), a critério do médico assistente;

- XV) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XVI) Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 (quarenta e oito) horas após o parto), salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, desde que haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- XVII) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, ou de seu DEPENDENTE, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o BENEFICIÁRIO TITULAR (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.
- XVIII) A BENEFICIÁRIA de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias. A contratação deste plano pelo BENEFICIÁRIO -pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja BENEFICIÁRIA do mesmo plano ou, caso seja BENEFICIÁRIA, não tenha cumprido as carências para parto.

3.4. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- II) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- III) Haverá cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

IV) A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial será 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; 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.

- V) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

3.5. O presente instrumento garante, ainda:

- I) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- II) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;
- III) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IV) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- V) Cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- VI) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

CAPÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9.656/1998 e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do presente instrumento os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:



- I) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental isto é, aquele que:
- a) Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina- CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
 - c) Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
- II) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- III) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes nas diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- IV) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- V) Fornecimento de medicamentos e produtos para saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VI) Tratamentos ilícitos e antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- VII) Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
- a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências.
- VIII) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- IX) Cirurgias para mudança de sexo;
- X) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;



CONTRATO PLANO FAMÍLIA 13

- XI) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- XII) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência CONTRATADA, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciados (as) à CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- XIII) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- XIV) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XV) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVI) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- XVII) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- XVIII) Aplicação de vacinas;
- XIX) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XX) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XXI) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXII) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela CONTRATADA em substituição à internação hospitalar;
- XXIII) Transplantes, exceto os de córnea, rim e os transplantes autólogos e heterólogos de medula óssea;
- XXIV) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;



MICROFILMADO

695783

Cartão de Registro 2º RTD

Família

- XXV) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XXVI) Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- XXVII) Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XXVIII) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXIX) Procedimentos clínicos, inclusive substituição de restaurações, ou cirúrgicos para fins estéticos;
- XXX) Despesas odontológicas efetuadas antes do cumprimento das carências ou sem a autorização prévia, quando se fizer necessária;
- XXXI) Disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XXXII) Renovação de restaurações sem indicação clínica;
- XXXIII) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos;
- XXXIV) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXXV) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados.

CAPÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. A vigência inicial deste contrato é de 12 (doze) meses, com o início na data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do contrato de adesão pela PARTE CONTRATANTE.

5.2. O presente contrato terá renovação automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

5.3. A data do início de vigência é a data de assinatura do contrato para efeito de reajuste anual.



CONTRATO PLANO FAMÍLIA - 15



CAPÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. A contagem de carências para cada BENEFICIÁRIO se dará a partir de seu ingresso, conforme a seguinte tabela:

AQUISIÇÃO DE DIREITO DE USO	SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
A partir da vigência do contrato	Consultas, exames simples de raio x e laboratório.
24 horas da vigência do contrato	Acidentes pessoais, atendimentos de urgência e emergência.
45 dias da vigência do contrato	Ultrassom, fisioterapia e atendimento ambulatorial.
90 dias da vigência do contrato	Internação clínica/cirúrgica, exames e tratamentos especializados, visitas hospitalares.
6 meses da vigência do contrato	Demais serviços assistenciais cobertos por este contrato.
10 meses da vigência do contrato	Parto.

6.2. Não haverá carência quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

CAPÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.2. Declaração de Saúde é o formulário que acompanha o contrato, no qual o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

7.3. Entrevista Qualificada é a entrevista orientada por médico à qual o BENEFICIÁRIO


/camednaweb

CIÁRIO se submete ao contratar um plano de saúde para que sejam relacionadas em formulário de "declaração de saúde" as doenças ou lesões que ele tenha conhecimento de portar, assim como dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que venham a integrar o seu contrato. Ela pode ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica.

7.4. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e eventos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO ou seu representante legal.

7.5. Fica o BENEFICIÁRIO ou responsável obrigado a informar à CONTRATADA, por meio de uma Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da contratação do plano, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

7.5.1. O BENEFICIÁRIO ou responsável tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA sem qualquer ônus. Caso o BENEFICIÁRIO ou responsável opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo desde que assuma o ônus dessa entrevista;

7.5.2. É vedada a alegação de doença ou lesão preexistente após a Entrevista Qualificada se, porventura, for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO, pela CONTRATADA.

7.6. Sendo constatada por perícia, na entrevista ou através de declaração expressa do BENEFICIÁRIO ou responsável, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá, neste momento, Cobertura Parcial Temporária.

7.6.1. Caso o BENEFICIÁRIO ou responsável aceite a oferta, a identificação específica de porte obrigatório para acesso aos serviços assistenciais conterà a informação da existência de cláusula de Cobertura Parcial Temporária, com especificação da data de término de vigência desta;

7.6.2. Caso o BENEFICIÁRIO ou responsável não concorde com a alegação de doença ou lesão preexistente, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que efetuará o julgamento administrativo. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.



2

1000



7.7. Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente ao BENEFICIÁRIO e poderá oferecer Cobertura Parcial Temporária ou abrir processo administrativo junto à ANS para julgamento da alegação de informação de omissão na Declaração de Saúde.

7.8. Havendo número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, não será exigida cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o pedido de ingresso pelo BENEFICIÁRIO TITULAR seja formalizado à CONTRATADA em até 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou da vinculação do BENEFICIÁRIO à pessoa jurídica CONTRATANTE. O agravo não é oferecido neste contrato.

CAPÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

- I) Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II) Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

8.3. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- I) Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- II) Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.4. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.



DA REMOÇÃO

8.5. A remoção do BENEFICIÁRIO será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

- I) Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao BENEFICIÁRIO; e
- II) Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, no limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses, do BENEFICIÁRIO estar no período de carência, ou com CPT e resultem na necessidade de eventos cirurgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados à DLP, ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

8.6. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do BENEFICIÁRIO para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

8.8. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da morte, só cessando sua responsabilidade sobre o BENEFICIÁRIO quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.9. Se o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.10. No que concerne à cobertura do atendimento de urgência e remoção relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades, sem prejuízo das demais garantias assinaladas neste tema:

8.10.1. Caso a BENEFICIÁRIA já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e



C

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



8.10.2. Caso a BENEFICIÁRIA ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

- 8.10.2.1. Deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;
- 8.10.2.2. Persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
- 8.10.2.3. Uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da BENEFICIÁRIA ficará à cargo da CONTRATADA de planos privados de assistência à saúde; e
- 8.10.2.4. Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e o BENEFICIÁRIO.

DO REEMBOLSO

8.11. Assegura-se o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela CONTRATADA.

8.12. O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos: Nota fiscal original, recibo de pagamento original, fatura hospitalar, requisição médica, justificativa médica e guia específica do serviço prestado. Estes documentos deverão ser apresentados em até 1 (um) ano após a realização do procedimento objeto da solicitação do reembolso.

- 8.12.1. O valor do reembolso nas urgências ou emergências não será inferior ao praticado pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do plano ora CONTRATADO.

CAPÍTULO IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. O BENEFICIÁRIO poderá utilizar as seguintes coberturas no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial:

- 9.1.1. Consultas Médicas, Exames Complementares, Internações, Terapias, Atendimento Ambulatorial, Procedimentos não pertencentes ao Rol de eventos em saúde, neste último caso, sendo assegurado as quantidades abaixo, além das previstas na legislação:



www.camed.com.br

f /camednaweb

@camednaweb



- I) Fonoaudiologia - 12 (doze) sessões por ano de contrato;
II) Psicoterapia - 12 (doze) sessões por ano de contrato;
III) Terapia Ocupacional - 12 (doze) sessões por ano de contrato.

9.2. O valor do reembolso das despesas com prestadores não participantes da rede assistencial não será inferior ao praticado pela OPERADORA junto à rede de prestadores do plano ora CONTRATADO.

9.2.1. A tabela de reembolso será divulgada no endereço eletrônico www.camed.com.br e nas sede, lojas e representações da OPERADORA. Dúvidas poderão ser esclarecidas através do telefone 0800 704 7886.

9.3. O reajuste dos valores de reembolso ocorrerá conforme negociação com a Rede Credenciada.

9.4. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação de Nota fiscal original, recibo de pagamento original, fatura hospitalar, requisição médica, justificativa médica e guia específica do serviço prestado. Estes documentos deverão ser apresentados em até 1 (um) ano após a realização do procedimento objeto da solicitação do reembolso.

9.4.1. Quando do reembolso, será deduzida a participação financeira de responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

CAPÍTULO X – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

10.1. Assegura-se a cobertura do Serviço Adicional SAÚDE 24 (vinte e quatro) HORAS, que consiste na prestação de atendimento médico pré-hospitalar de urgência e/ou emergência de acordo com os serviços disponíveis na sua localidade:

- a) Saúde 24 (vinte e quatro) horas com base (resgate aéreo em toda abrangência geográfica do contrato; resgate terrestre de onde tenha base instalada; atendimento médico em regime domiciliar, com ou sem remoção, no perímetro urbano; aconselhamento médico por telefone e remoção inter-hospitalar);
b) Saúde 24 (vinte e quatro) horas sem base (todas as coberturas do item anterior, exceto atendimento médico em regime domiciliar, com ou sem remoção, e remoção inter-hospitalar);
c) O serviço pode ser solicitado através de um telefone gratuito, 24 (vinte e quatro) horas por dia;

10.1.1. Há base instalada do serviço Saúde 24 (vinte e quatro) horas na



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

CONTRATO PLANO FAMÍLIA

seguintes localidades: São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, São Luis, Salvador, Recife, Natal, Fortaleza, Belo Horizonte e João Pessoa. Sempre que houver instalação de nova base do serviço Saúde 24 (vinte e quatro) horas em uma nova localidade, estender-se-ão automaticamente os serviços adicionais para os BENEFICIÁRIOS residentes na área abrangida.

10.2. Assegura-se ao BENEFICIÁRIO a Assistência/Internação Domiciliar o qual será prestada por empresa especializada, CONTRATADA pela CAMED.

10.2.1. O atendimento domiciliar será prestado de maneira complementar aos serviços hospitalares ou com início no domicílio, compreendendo exclusivamente os serviços acordados entre as partes CONTRATANTES de acordo com o médico assistente do paciente e com o médico auditor da CAMED.

CAPÍTULO XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

ACESSO AOS SERVIÇOS

11.1. A CONTRATADA fornecerá ao BENEFICIÁRIO TITULAR as identificações específicas cuja apresentação é indispensável à utilização do plano, devendo estar sempre acompanhadas de documento oficial de identificação.

11.1.1. A CONTRATADA também fornecerá ao BENEFICIÁRIO TITULAR o Guia da Rede de Serviços (também disponível no site www.camed.com.br);

11.1.2. O BENEFICIÁRIO TITULAR deve informar imediatamente a OPERADORA em caso de perda/roubo da identificação específica para utilização do plano;

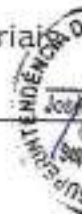
11.1.3. Cada unidade de 2ª via da identificação específica será cobrada na fatura posterior.

11.2. O BENEFICIÁRIO será atendido pela Rede Credenciada, sempre em conformidade com o estabelecido em seu plano, mediante hora marcada, sendo a data e hora da consulta determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO e de acordo com o profissional.

11.2.1. As regras definidas neste contrato para a cobertura assistencial deverão ser rigorosamente observadas pelo BENEFICIÁRIO, sob pena de ressarcimento dos custos com os serviços realizados.

11.3. O tempo de permanência hospitalar na Rede Credenciada será autorizado por um período estabelecido pela CONTRATADA. A prorrogação de internação será concedida pela CONTRATADA mediante solicitação do médico assistente, independentemente de ser credenciado, justificando as razões do pedido.

11.4. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais



MICROFILMADO

695783

Cartório Moraes Correia 2º RTD

Fortaleza - CE

Família

podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede Credenciada da CONTRATADA, desde que reconhecido pelos Conselhos competentes.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

11.5. Exames e tratamentos especializados e/ou internações clínico-cirúrgicas somente terão cobertura dos custos quando previamente autorizados pela CONTRATADA.

11.5.1. O BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento com o Cliente da CONTRATADA, munido de CPF, CNPJ do prestador, identificação do procedimento junto às tabelas CID e CBHPM e respectiva solicitação médica;

11.5.2. O telefone da Central de Relacionamento com o Cliente será informado no ato da contratação e, em caso de alteração, o BENEFICIÁRIO será devidamente notificado;

11.5.3. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA emitirá sua resposta à solicitação de autorização prévia para o procedimento no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

11.6. Para as cirurgias eletivas e procedimentos de alta complexidade o BENEFICIÁRIO deverá manter contato com a CONTRATADA com antecedência antes de agendar a realização do procedimento.

ALTERAÇÕES NA REDE

11.7. A inclusão de qualquer entidade hospitalar, como CONTRATADA, referenciada ou credenciada para prestação dos serviços assistenciais, implica compromisso para com os BENEFICIÁRIOS quanto à sua manutenção ao longo da vigência do plano.

11.7.1. A CONTRATADA poderá efetuar a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos BENEFICIÁRIOS e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

11.7.2. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. Excetuam-se desta regra os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

CONTRATO PLANO FAMÍLIA



a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

11.7.3. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA solicitará à ANS autorização expressa para tanto, informando:

- a) Nome da entidade a ser excluída;
- b) Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- c) Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- d) Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

11.8. A divergência e as dúvidas de natureza médica, relacionadas com os serviços objetos deste contrato serão dirimidas por uma junta médica composta de três membros, sendo um nomeado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ou responsável, outro pela CONTRATADA e o terceiro, desempassador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

11.8.1. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempassador, sua designação será solicitada ao Presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade mais próxima da CONTRATADA, seja de sua sede, loja de relacionamentos ou representação.

11.8.2. Os honorários médicos serão pagos pela CONTRATADA, inclusive os do médico indicado pelo BENEFICIÁRIO, desde que seja credenciado.

COPARTICIPAÇÃO

11.9. Coparticipação é a parcela de pagamento, além da mensalidade, destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

11.10. Este contrato prevê coparticipação em consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais e internações, tal como previsto a seguir:

CONSULTAS: 25%(vinte e cinco por cento) do valor de cada consulta realizada, limitado ao valor de R\$ 150,00 (Cento e cinquenta reais);

EXAMES SIMPLES: 25%(vinte e cinco por cento) do valor de cada exame realizado, limitado ao valor de R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais);

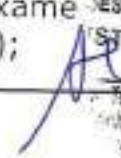




 /camednaweb

 /@camednaweb







MICROFILMADO

695783
Cartório Moraes Correia 2º RTD
Fortaleza - CE

Família

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE: **25%(vinte e cinco por cento)** do valor de cada exame realizado, limitado ao valor de R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais);

TERAPIAS SIMPLES: **25%(vinte e cinco por cento)** do valor de cada consulta/sessão realizada, limitado ao valor de R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais);

TERAPIAS DE ALTA COMPLEXIDADE: **25%(vinte e cinco por cento)** do valor de cada consulta/sessão realizada, limitado ao valor de R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais);

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS: **25%(vinte e cinco por cento)** do valor de cada atendimento realizado, limitado ao valor de R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais);

INTERNAÇÕES: **R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais)** por internação.

11.11. Os percentuais de coparticipação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por BENEFICIÁRIO.

11.12. Os percentuais de coparticipação acima estipulados terão como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela CONTRATADA no pagamento de seus prestadores, disponível para consulta em sua sede administrativa.

11.13. Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da coparticipação estipulada, por todos os BENEFICIÁRIOS TITULARES ou DEPENDENTES inscritos no presente contrato, que será cobrada pela CONTRATADA juntamente com fatura mensal.

11.14. A coparticipação financeira estará limitada, a cada ano civil e por BENEFICIÁRIO, ao valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) para eventos que compõem esse limite.

11.14.1. Para fins de contagem do limite estabelecido no item anterior, será considerada, a data de atendimento do BENEFICIÁRIO.

11.15. Não farão parte da composição deste limite os seguintes eventos: consultas clínicas e hospitalares, acupuntura, fisioterapia ambulatorial, reeducação postural global, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, escleroterapia de veias e hemorroidas, cirurgias refrativas pela técnica de excimer laser, cirurgias bariátricas, odontologia, novos procedimentos ou inovações tecnológicas não previstas por ocasião da assinatura deste contrato e quaisquer eventos que superem os limites estabelecidos neste contrato e que sejam previamente autorizados pela CONTRATADA.

11.15.1. O valor monetário ou percentual da coparticipação será estipulado no momento da contratação obedecendo os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época.



CONTRATO PLANO FAMÍLIA 25

CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O presente contrato adota o sistema pré-estabelecido como forma de se determinar os valores a serem pagos à CONTRATADA pela cobertura assistencial, por meio de débito em conta corrente, nos prazos estabelecidos pela CONTRATADA.

12.1.1. O valor da contribuição é mensal e indivisível, não importando a data em que o interessado tenha sido admitido no quadro social.

12.2. A falta de comunicação não desobrigará à quitação da mensalidade ou saldo devedor junto à CONTRATADA.

12.3. O pagamento posterior não quita débitos anteriores. Fica convencionado que multas e juros decorrentes de atraso, que venham a incidir sobre o pagamento do plano CONTRATADO, serão incorporados e assumidos pelo CONTRATANTE.

12.3.1. A multa será equivalente a taxa de 2% (dois por cento), e os juros de mora à taxa de 1% (um por cento) incidentes sobre os valores não liquidados no vencimento.

12.4. O não pagamento das mensalidades, após 180 (cento e oitenta) dias de inadimplência, poderá culminar, para todos os efeitos legais, na inclusão do TITULAR do plano em órgãos de cadastro de restrição de crédito.

12.5. Será paga uma taxa de proteção financeira por cada BENEFICIÁRIO no valor de R\$ 39,28 (Trinta e nove reais e vinte oito centavos) para a formação de fundo que custeará os valores que excederem ao limite de co-participação financeira estabelecido no presente instrumento.

12.6. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

12.7. No momento da contratação do plano de saúde e a cada adesão deverá ser apresentado aos BENEFICIÁRIOS TITULARES o valor correspondente ao seu custo por faixa etária quando empregado ativo, e a tabela de preços adotada por faixa etária com as devidas atualizações, na manutenção da condição de demitido e aposentado de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

12.8. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações serão disponibilizadas, pela CONTRATADA, a qualquer tempo, para consulta dos BENEFICIÁRIOS.

12.9. O preço por BENEFICIÁRIO cadastrado ou excluído será cobrado integralmente no mês da alteração cadastral, não implicando justificativa para atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de BENEFICIÁRIOS, a qual não tenha sido de responsabilidade da CONTRATADA.



www.camed.com.br

/camedonweb



al



CAPÍTULO XIII - REAJUSTE

13.1. Todos os valores previstos no presente contrato, inclusive a tabela para novas adesões de BENEFICIÁRIOS, serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, conforme a seguinte fórmula:

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

13.1.1. O índice de reajuste financeiro a ser utilizado $R_{\text{Financeiro}}$ consiste na variação dos custos médico-hospitalares e outras despesas decorrentes da prestação de serviços, índice este apurado no período dos últimos 12 (doze) meses;

13.1.2. O índice de reajuste técnico a ser utilizado $R_{\text{Técnico}}$ somente será aplicado caso seja apurada sinistralidade superior a 70% (setenta por cento), que é a meta de sinistralidade do presente contrato, e será obtido conforme a equação disposta a seguir, onde:

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

S = Corresponde a sinistralidade do período 12 meses;

S_m = Corresponde a meta de sinistralidade 70%.

13.1.3. Para fins de obtenção da sinistralidade, será considerada a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período dos últimos 12 (doze) meses consecutivos, conforme a seguinte equação:

$$\text{Sinistralidade} = \text{Eventos Indenizáveis} / \text{Contraprestação Pecuniária}$$

13.2. 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.

13.3. Fica ainda estabelecido que:

- I) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) 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;



ca

[Handwritten signature]

CONTRATO PLANO FAMÍLIA



IV) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para BENEFICIÁRIOS que façam parte deste mesmo contrato e plano de saúde.

13.4. A CONTRATADA informará o percentual aplicado por meio da fatura de cobrança, tal como determina a legislação em vigor.

13.5. A CONTRATADA também se compromete informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato, nos termos da regulamentação.

13.6. As disposições aqui referenciadas não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto na cláusula contratual que prevê esse reajuste.

13.7. Os valores da taxa de proteção financeira estabelecidos no presente instrumento serão reajustados segundo as mesmas regras adotadas para o reajuste das contraprestações.

CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS

14.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR reconhece, por si e seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, que além do reajuste anual, ocorrendo mudança de idade do BENEFICIÁRIO que importe em deslocamento para outra faixa etária, as mensalidades serão alteradas para os valores da nova faixa, de acordo com a tabela em vigor.

14.1.1. A variação do preço em razão da faixa etária somente irá incidir quando o BENEFICIÁRIO completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

14.2. As variações de mensalidade por mudança de faixa etária observarão os percentuais previstos a seguir:

Faixas Etárias	Valores	Variações
00-18	R\$ 141,59	-
19-23	R\$ 184,36	30,21%
24-28	R\$ 205,93	11,70%
29-33	R\$ 218,63	6,17%
34-38	R\$ 267,23	22,23%
39-43	R\$ 339,08	26,89%
44-48	R\$ 423,00	24,75%
49-53	R\$ 472,52	11,71%
54-58	R\$ 666,46	41,04%
59-MM	R\$ 849,54	27,47%

14.2.1. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:



28 - www.camed.com.br

[/camednaweb](#)

[/camednaweb](#)



[Handwritten signature]



- a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa.

CAPÍTULO XV: REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1. A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele vinculados nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.2. O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2.1. O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE para o ex-empregado aposentado será indeterminado.

15.3. A manutenção da condição de BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE está assegurada a todos os dependentes do BENEFICIÁRIO demitido ou aposentado que tinha vínculo com a CONTRATANTE inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

15.4. O ex-empregado que tinha vínculo com a CONTRATANTE demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

15.5. O CONTRATANTE fica com o compromisso de informar:

I) Se o BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

II) Se o BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE demitido



CONTRATO PLANO FAMILIA



ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa (RN) 279/2011 da ANS;

- III) Se o BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV) Por quanto tempo o BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- V) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como BENEFICIÁRIO ou se recusou a manter esta condição.

15.6. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que tinha vínculo com a CONTRATANTE poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO.

15.7. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado que tinha vínculo com a CONTRATANTE, o direito de permanência no plano é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e no artigo 8º da RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

15.8. O direito de manutenção assegurado ao BENEFICIÁRIO demitido ou aposentado que tinha vínculo com a CONTRATANTE não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

15.9. A condição de BENEFICIÁRIO que tinha vínculo com a CONTRATANTE deixará de existir:

- a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedida aos seus empregados ativos e ex-empregados;
- c) Quando houver inadimplência de 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Pela admissão do BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego.

15.10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que tinha vínculo com a CONTRATANTE ou seus DEPENDENTES vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279/2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186/2009, e suas posteriores alterações.

15.11. Ao empregado aposentado que tinha vínculo com a CONTRATANTE que



www.camed.com.br

/camednaweb

/@camednaweb



7ES

MICROFILMADO

695783

Cartório de Registro Civil - RJ
Porto Alegre - CE

Família

continua trabalhando na mesma empresa e não vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/1998 e na RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

CAPÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Terá seus direitos suspensos o BENEFICIÁRIO que:

- a) deixar de liquidar débito vencido, após período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- b) utilizar-se de fraude de qualquer natureza.

16.1.1. Na suspensão por inadimplência, a quitação do débito acrescido dos juros de mora e dos encargos financeiros devidos encerrará a suspensão, normalizando-se o atendimento;

16.1.2. Na suspensão por fraude, o período de suspensão poderá variar, a critério da CONTRATADA, de 30 (trinta) dias a um ano, de acordo com a gravidade da falta, admitida a exclusão do BENEFICIÁRIO, cabendo-lhe, então, recurso à CONTRATADA no prazo de 30 (trinta) dias.

16.2. Haverá exclusão de BENEFICIÁRIO:

- a) Por solicitação: A exclusão será permitida desde que seja por desejo expresso do BENEFICIÁRIO TITULAR, bastando, para tanto, informar com antecedência de 30 (trinta) dias. O retorno ao plano será condicionado ao cumprimento de carência e preexistência;
- b) Por inadimplência superior a 180 (cento e oitenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência de contrato;
- c) Quando o BENEFICIÁRIO TITULAR perder o vínculo com a Parte CONTRATANTE, mantenedora ou instituidora e não desejar os benefícios legalmente assegurados em caso de demissão sem justa causa e aposentadoria;
- d) Quando o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE não puder mais ser qualificado na condição ou limite que permitiu seu ingresso, conforme o tema Condições de Admissão;
- e) Falecimento do BENEFICIÁRIO;
- f) Por prática de fraude de qualquer natureza;
- g) Término do período estabelecido no item 2.2 "e" referente à Diretoria da CONTRATANTE, no caso de membros daquele colegiado, não funcionários da CONTRATANTE.



2

Handwritten signature in blue ink.

CONTRATO PLANO FAMILIA



- 16.2.1. Entende-se como fraude a inexatidão ou omissão no fornecimento de dados, apresentação de documentação falsa (pública ou particular) e auferir vantagem ilícita ou indevida deste contrato, em benefício próprio ou de outrem;
- 16.2.2. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO TITULAR implica o desligamento de seu grupo familiar. Nos casos em que o referido grupo encontrar-se sob a dependência de BENEFICIÁRIO TITULAR inativo (demitido sem justa causa ou aposentado), e este vier a falecer, a manutenção dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estará assegurada nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- 16.2.3. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO impõe ao BENEFICIÁRIO TITULAR a obrigação de devolver a respectiva identificação específica, a quitação de todos os seus débitos, inclusive aqueles referentes a faturas posteriormente apresentadas à CONTRATADA pelos prestadores credenciados e a reposição dos valores e benefícios indevidamente recebidos.
- 16.3. Havendo interesse do grupo familiar pela manutenção do contrato após o falecimento do BENEFICIÁRIO TITULAR, poderá ser designado um TITULAR SUCESSOR, que será inicialmente o(a) cônjuge/companheiro e na ausência e/ou impossibilidade, será escolhido dentre os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES já inscritos, o qual assumirá a titularidade do contrato. A opção deverá ser realizada no prazo de até 90 (noventa) dias do falecimento.
- 16.3.1. Somente poderão ser cadastrados na condição de sucessores os DEPENDENTES DO BENEFICIÁRIO TITULAR falecido, inscritos até a data do óbito, assegurado, porém o direito do nascituro, filho do ex-BENEFICIÁRIO TITULAR;
- 16.3.2. O TITULAR SUCESSOR ficará isento do pagamento de sua contribuição individual por faixa etária e responsabiliza-se por todas as demais obrigações inerentes à titularidade, na forma definida no presente instrumento, incluindo os débitos eventualmente contraídos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR;
- 16.3.3. O TITULAR SUCESSOR deve ter capacidade civil e ter no mínimo 18 (dezoito) anos. Caso o grupo familiar só apresente BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES menores e/ou incapazes, poderá ser designado tutor ou curador como seu responsável financeiro, sem direito à assistência do plano;
- 16.3.4. Havendo designação de tutor ou curador, cabe o pagamento da contribuição mensal, na forma cobrada ao associado, ficando isento do pagamento da contribuição individual, por faixa etária, correspondente ao dependente menor de idade;



MICROFILMADO

695783

Cartório Moraes Correia 2º RTD

Família

- 16.3.5. Não será permitida qualquer inclusão de BENEFICIÁRIO no grupo familiar após o falecimento;
- 16.3.6. O TITULAR SUCESSOR e o grupo familiar observam as mesmas regras de perda da qualidade adotadas para o BENEFICIÁRIO TITULAR;
- 16.3.7. Em caso de falecimento do TITULAR SUCESSOR, poderá ser designado um substituto, sob as mesmas regras impostas ao primeiro.

CAPÍTULO XVII - RESCISÃO

- 17.1. O plano poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória conforme definido no Estatuto.

CAPÍTULO XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 18.1. A pessoa jurídica CONTRATANTE e o BENEFICIÁRIO ou responsável deverão, juntamente com a OPERADORA, zelar pela qualidade dos serviços garantidos contratualmente, devendo comunicar a esta todo e qualquer fato que não se adequar ao padrão de atendimento CAMED.
- 18.2. Não é admitida a presunção de que alguma das partes possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato e de seus aditivos.
- 18.3. O presente contrato poderá sofrer modificações mediante a lavratura de aditivos celebrado entre as partes.
- 18.4. Poderá ser analisada a compra parcial de carências, mediante a comprovação de que o BENEFICIÁRIO estava incluso em plano regulamentado, com a discriminação de suas coberturas, limites e serviços não cobertos. A análise ocorrerá em caráter promocional, a exclusivo critério da CONTRATADA.
- 18.5. Integram este contrato, para todos os fins de direito, quaisquer documentos alusivos às condições pactuadas, inclusive: a Proposta Contratual assinada pelo(s) representante(s) da pessoa jurídica CONTRATANTE, o Guia da Rede de Serviços, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Perícia Médica, quando for o caso, a Declaração de Saúde do BENEFICIÁRIO TITULAR e DEPENDENTES e a Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
- 18.6. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 18.7. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos, hospitais ou entidades CONTRATADAS ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.



[Handwritten signature]



18.8. É obrigação do BENEFICIÁRIO, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum BENEFICIÁRIO, devolver os respectivos cartões de identificação à empresa CONTRATANTE, caso contrário responderá pelas despesas resultantes do uso indevido desses documentos.

18.9. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma CONTRATADA, pelos BENEFICIÁRIOS que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS, se comprovada a má-fé do BENEFICIÁRIO que emprestou seu cartão a outrem.

18.9.1. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer BENEFICIÁRIO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do BENEFICIÁRIO do plano.

18.10. Havendo utilização dos serviços por dependentes já desligados, a conta será ressarcida, sem direito a parcelamento.

18.11. O presente contrato revoga e substitui o contrato anterior.

CAPÍTULO XIX - ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Fica eleito o Foro da comarca da empresa CONTRATANTE para decidir sobre eventuais litígios envolvendo o presente contrato.

Fortaleza, 01 de Janeiro de 2014.

OCIONE MARQUES MENDONÇA

Diretor - Presidente

CPF - 231.476.873-68

RG - 20070292021 SSPDS-CE

NELSON ANTONIO DE SOUZA

Diretor de Estratégia, Administração e

TI - Banco do Nordeste do Brasil SA

CPF- 153.095.253-00

RG - 342435 SSP-PI

LILIAM RODRIGUES DE OLIVEIRA

Diretora Adm. e Financeira

CPF - 687.475.273-15

RG - 94002372019 SSP/CE

JOSÉ ALAN TEIXEIRA DA ROCHA

Superintendente de Desenvolvimento

Humano - Banco do Nordeste do Brasil S/A

CPF - 267.680.113-91

RG - 870661 SSP-CE

Testemunha

CPF -



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 2º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTD/PJ
TABELA: ANGELO MARIA ARAÚJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.573.008/0001-67
Rua Vitor Figueiredo, 878 - Centro - CEP: 60.035-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 2444.3390
E-mail: moraiscorreia@cartoriomoraismoraes.com.br

Protocolado e prenotado sob o nº **695783** em **11/03/2015** e
registrado hoje em microfilme sob o nº **695783** em títulos e
documentos. Fortaleza, 11/03/2015. Emolumentos: R\$ 118,61
Ferrojo R\$ 8,90 / Selo 3,82 / ISS - 5,97 - Total R\$ 143,07.
(as) SILVIA MARIA VERAS MONTEIRO - Escrevente:
Selo Digital de Fiscalização - AAA142535-A1B2



Fortaleza Sede

Loja de Relacionamento
Av. Santos Dumont, 782 - Térreo - Centro
CEP 60150-160
Telefone: (85) 4008 7800

Recife

Loja de Relacionamento
Av. Eng. Domingos Ferreira, 801 - Salas 101/102
Pina - CEP 51011-050
Telefone: (81) 2102 3172

Salvador

Loja de Relacionamento
Rua Rio Grande do Sul, 645 - Loja 02 - Térreo
Ed. Multimídia - Pituba - CEP 41830-141
Telefone: (71) 2107 8800



Camed
Quem tem vive melhor.

www.camed.com.br
camed@camed.com.br

CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE

0800 704 7886

 /camednweb

 /@camednweb