



GUIA
DE LEITURA
CONTRATUAL - GLC

**Plano de Saúde
Coletivo por Adesão**

plAMER

Saúde presente em sua vida.

Adesivo entidade



EXCLUSIVO PARA VOCÊ

Com o objetivo de auxiliá-lo a compreender o Plano de Saúde Coletivo por Adesão, elaboramos este **Guia de Leitura Contratual - GLC**, contendo as principais orientações para que você possa usufruir corretamente de todos os serviços e vantagens que o seu Plano de Saúde oferece.

Este plano de saúde é de um contrato coletivo por adesão, assinado com a operadora **PLAMER**, para ser oferecido com vantagens para a população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial contratante deste plano. A decisão em aderir ao plano coletivo por adesão é sua, por esta razão a terminologia “adesão”.

Destacamos que, comparado a um plano individual, o plano **coletivo por adesão** traz muitos benefícios em relação aos preços e condições de atendimento, pois conta com a representatividade e força de negociação da coletividade.

A gestão administrativa do plano de saúde será realizada pela **Divicom Administradora de Benefícios**, empresa devidamente registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, como operadora na categoria de Administradora, e a gestão operacional médico-hospitalar será realizada pela operadora **PLAMER**.

Caberá à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial a negociação e representação da coletividade junto à operadora **PLAMER**.

Após a leitura deste Guia se ainda lhe restar alguma dúvida, crítica ou sugestão, ligue para a **DIVICOM**.

Central de Relacionamento:
3188-3001 (São Paulo)
4003.6333 (Outras Regiões)
0800 888 6333 (Atendimento Nacional)




DIVICOM
Administradora de Benefícios

ANS - nº 415286



Operadora: Plamer Plano Médico de Resende Ltda.

CNPJ: 68.682.715/0001-05

Nº Registro na ANS: **ANS - nº 324299**

Nº de registro do produto:

458.258/08-6 - BÁSICO ENFERMARIA

424.123/99-1 - EXECUTIVO APARTAMENTO

Site da Operadora: www.plamer.com.br

Central de Relacionamento: (24) 3383 9200

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	4
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	4
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	4

*ÁREA
GEOGRÁFICA DE
ABRANGÊNCIA E
ATUAÇÃO*

Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

4

*COBERTURAS E
PROCEDIMENTOS
GARANTIDOS*

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.

5

*EXCLUSÕES DE
COBERTURAS*

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário **não** tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

8

*DOENÇAS E
LESÕES
PREEXISTENTES
(DLP)*

Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

11

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	11
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	9
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	13
<i>RESCISÃO SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	14
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	15

*CONTINUIDADE
NO PLANO
COLETIVO
EMPRESARIAL
(ART. 30 E 31
DA LEI
Nº 9.656/1998)*

A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilitada ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

**NÃO SE
APLICA**

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

INTRODUÇÃO

O Guia de Leitura Contratual - GLC é um instrumento destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar o entendimento do conteúdo do contrato com a operadora **PLAMER**, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

Este guia é entregue juntamente com o cartão de identificação, sendo obrigatório para os contratos celebrados a partir da entrada em vigor da Resolução Normativa – RN 195/09, ou para o ingresso de novos beneficiários aos contratos aditivados, para atender as disposições da referida resolução.

Ressaltamos que a entrega deste guia não exonera a **DIVICOM** do dever de entregar uma via do instrumento contratual ao BENEFICIÁRIO, quando for solicitado. Entretanto, visando facilitar o acesso a estas informações, a **DIVICOM** apresenta nas páginas seguintes todos os itens abordados pela referida resolução, para melhor esclarecimento e compreensão do assunto.

Leia com atenção os tópicos a seguir, pois eles facilitarão muito nosso relacionamento. Mesmo assim, fique a vontade para consultar a **DIVICOM** para maiores esclarecimentos.

Divicom Administradora de Benefícios



CONTRATAÇÃO

O regime de contratação do Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato será, sempre, do tipo **Coletivo por Adesão**, como tal entendido aquele que oferece cobertura da atenção dispensada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial relacionadas no artigo 9º, incisos I a VII, da RN/ANS nº 195, ou no normativo específico, que o suceda, vigente no momento da contratação.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

As coberturas contratuais compreendem o tipo de segmentação assistencial **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Tipo de acomodação Hospitalar – nos casos de internação hospitalar, os Beneficiários cobertos por este contrato têm direito a:

- Acomodação - Enfermaria, quando vinculado ao plano 458.258/08-6 - Básico;
- Acomodação - Apartamento, quando vinculado ao plano 424.123/99-1 - Executivo.



ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO

A área geográfica de abrangência da cobertura contratual enquadra-se na categoria **Grupo de Municípios**.

Os serviços de assistência médica e hospitalar objeto deste contrato serão prestados exclusivamente nos seguintes municípios do estado do Rio de Janeiro: Resende, Itatiaia, Porto Real, Quatis, Volta Redonda e Barra Mansa.

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Condições Gerais:

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas condições gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares (com acomodação em quarto individual), 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).

- A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação



psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;

- Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento;
- Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Coberturas Ambulatoriais em Unidades da Rede Credenciada pela Contratada:

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

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

- Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
- Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - Atividades educacionais;
 - Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - Atendimento clínico;
 - Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - Implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.



- Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritonial;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

Coberturas Hospitalares em Unidades da Rede Credenciada pela Contratada:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- Cobertura, em número ilimitados de dias, de todas as modalidades de internação hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- 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;

- Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:



- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física.
- Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - 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;
 - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação 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;
 - 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;

- Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

Cobertura para Saúde Mental em Unidades da Rede Credenciada pela Contratada:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;



- Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano;
- A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Cobertura obstétrica em Unidades da Rede Credenciada pela Contratada:

- Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98, consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Inseminação artificial;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela autoridade competente;
- Caso de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida);
- Clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Tratamentos em SPA, mesmo que para tratamentos de obesidade mórbida;



- Consultas domiciliares;
- Transplantes, à exceção de córnea, rim e medula óssea autólogo;
- Correção de miopia abaixo de grau -5,0 e superior a grau -10,0;
- Correção de hipertropia acima de grau 6,0.

O ROL de Procedimentos está disponível para consulta no site: **www.ans.gov.br**

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - DLP

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

- O beneficiário deverá informar à operadora PLAMER, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998;
- Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo;
- O beneficiário 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 operadora PLAMER, sem qualquer ônus para o beneficiário;

- Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da operadora PLAMER, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista;
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações;
- É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora PLAMER, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde;
- É vedada à operadora PLAMER a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, 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 operadora PLAMER oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a operadora PLAMER não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;



- Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

CARÊNCIAS

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data de vigência da proposta de adesão:

ITEM	COBERTURA	CARÊNCIA CONTRATUAL	REDUÇÃO DE CARÊNCIAS POR CONGÊNERES*
A	Urgência e Emergência	24 HORAS	ISENTO
B	Consultas Médicas, Especialidades previstas pelo Conselho Federal de Medicina, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Psicoterapeuta e Fisioterapeuta. Exames auxiliares de diagnóstico, patologia clínica.	24 HORAS	24 HORAS
C	Fisioterapia.	90 DIAS	45 DIAS
D	Demais exames, Internação clínica e/ou cirúrgicas de qualquer natureza.	180 DIAS	90 DIAS
E	Parto a termo.	300 DIAS	300 DIAS
F	Lesões e doenças pré-existentes à assinatura do contrato.	24 MESES	24 MESES

* Para redução de carências por congêneres enviar cópia dos 6 últimos comprovantes de pagamento.
Congêneres: Todas as operadoras com registro na ANS.

Não será exigido o cumprimento de carências se:

- A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato;
- O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cartão de Identificação do Beneficiário:

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido pela operadora PLAMER, para os beneficiários cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que seja similar e, exceto nos casos de urgência e emergência.

- O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à operadora PLAMER, arcando com as despesas da confecção de outra via;
- Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

Autorizações Prévias:

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

O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da operadora PLAMER que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo disposto pela ANS.

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela operadora PLAMER, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do



BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

Da Junta Médica:

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

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da operadora PLAMER, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora.

VIGÊNCIA

O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não tenha sido feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência.

RESCISÃO/SUSPENSÃO

O atraso no pagamento da mensalidade, pela DIVICOM, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão da cobertura assistencial até a data da regularização do pagamento, sendo garantida apenas a cobertura de procedimentos de urgência e emergência.

- Somente a DIVICOM pode suspender o atendimento de um de seus beneficiários, ou excluí-lo individualmente, exceto nos casos de fraudes comprovadas pela operadora;
- Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato poderá ser rescindido, independente de prévia notificação, nas seguintes situações:
 - Prática de fraude comprovada;
 - Inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
 - Por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
 - Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.
 - Caso, nos primeiros 6 (seis) meses de vigência do contrato, não for mantido o número mínimo de usuários estabelecidos para o cálculo atuarial e a manutenção de sua tabela de preços as partes poderão optar por um dos itens abaixo:
 - Realizar o distrato comercial;
 - Efetuar novo cálculo atuarial para definição de nova tabela de preços.



- Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- É de responsabilidade da DIVICOM, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da operadora PLAMER.

REAJUSTE

Os reajustes ocorrerão de forma cumulativa da seguinte forma:

I. REAJUSTE FINANCEIRO: Nos termos da lei e após a livre negociação entre as partes, o valor da mensalidade será reajustado anualmente, na data de aniversário do contrato, com base na variação dos custos assistenciais, apurados nos últimos 12 meses, nos termos do permissivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e na data do aniversário do contrato.

II. REAJUSTE TÉCNICO: Decorrente da alteração do perfil da carteira de beneficiários em relação às faixas etárias.

III. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE: Decorrente da utilização dos serviços quando este ultrapassar o limite calculado atuarialmente.

- Nos casos de Reajustes por Sinistralidade, para o cálculo do percentual a ser aplicado será usada seguinte fórmula:

$$I = \text{SRG} / Y * \text{PPG}$$

Onde:

I = Índice de Correção para Prêmio Vigente.

SRG = Soma do Sinistro apurada no período mínimo de 12 meses (Utilização Médica).

PPG = Soma das mensalidades pagas.

Y = Fator variável, percentual 70% de sinistralidade, acordado entre as partes e constante da proposta.

- Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado e na mesma data, de forma a garantir a anuidade dos reajustes;
- Os percentuais de reajuste financeiro, de revisões técnica e ou de sinistralidade, aplicados ao contrato, deverão ser informados à ANS em até trinta dias após a sua aplicação;
- Se por qualquer motivo a operadora PLAMER não puder praticar o reajuste, nos termos dos itens acima, provisoriamente a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste o índice oficial que o substitua;
- Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

IV. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.

Além do reajuste financeiro, as mensalidades serão reajustadas, quando houver deslocamento para outra faixa etária do beneficiário, com exclusão da faixa etária de 60 (sessenta) anos, inclusa e em diante, conforme estabelece o Estatuto do Idoso e demais normas editadas pela ANS, tal como a Resolução Normativa nº 63/03 da ANS.



A alteração das mensalidades será cobrada a partir **do mês subsequente** à ocorrência da mudança da faixa etária.

**CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
(ART. 30 E 31 DA LEI 9.656/98)**

Não se aplica ao contrato coletivo por adesão.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Quem pode aderir?

A inclusão no contrato do Beneficiário Titular, juntamente com os seus dependentes elegíveis, somente será efetivada quando expressamente solicitada pela DIVICOM.

Para efeitos deste contrato, o Grupo Elegível é composto, portanto, pelas pessoas físicas que mantenham vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial relacionadas no artigo 9º, incisos I a VII, da RN/ANS nº 195, ou no normativo específico, que o suceda, vigente no momento da contratação.

O Beneficiário Titular somente poderá incluir no contrato, fazendo-os constar na Ficha de Inscrição Cadastral, os dependentes previstos no rol de dependentes elegíveis.

Quem pode ser dependente?

Os beneficiários titulares poderão inscrever:

- O cônjuge;
- O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- Os tutelados e os menores sob guarda.



A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

E o pagamento é coletivo?

Em que pese à operadora PLAMER emitir uma fatura mensal coletiva, cada beneficiário titular é responsável individualmente pelos pagamentos de suas mensalidades a DIVICOM, para tanto será adotada a modalidade de cobrança escolhida quando da assinatura da proposta de adesão.

E quem negocia as condições do plano coletivo com a operadora PLAMER?

As negociações ocorrem entre a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial e a operadora PLAMER.

Por se tratar de um contrato coletivo por adesão, a pessoa jurídica passa a contar com a força do grupo de afiliados/beneficiários que ela representa, o que certamente resulta em vantagens à coletividade representada.

Como proceder quando precisar de atendimento de urgência/emergência?

É obrigatória por parte da operadora PLAMER a cobertura do atendimento nos casos de:

I. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II. Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

- Os atendimentos de urgência serão cobertos sem restrição, mesmo que o beneficiário ainda esteja em cumprimento dos períodos de carência contratual;
- Os atendimentos de emergência dos beneficiários que estejam em cumprimento dos períodos de carência ou em cumprimento da Cobertura Parcial Temporária serão exclusivamente em nível ambulatorial e somente nas primeiras 12 (doze) horas;
- Caso o beneficiário, ainda em período de carência, ou em cumprimento ao prazo de Cobertura Parcial Temporária, necessite de atendimento em nível hospitalar, cessará a obrigação de cobertura da operadora, mesmo que ainda não decorrido o período de 12 (doze) horas.

Da Remoção:

Cabe a operadora PLAMER a obrigação de remoção do beneficiário, em cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária, a outra entidade hospitalar ou unidade do conveniada do SUS, sempre que:

I. Seja de opção do beneficiário, ou de seu familiar responsável, não permanecer na entidade prestadora do primeiro atendimento, após o período de cobertura obrigatória do plano;



II. Caso a entidade não possua o capacidade técnica para prestar o serviço necessário ao beneficiário.

- Quando não puder haver remoção por risco de vida, a DIVICOM e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora PLAMER desse ônus;
- A operadora PLAMER deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a operadora PLAMER desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Do Reembolso:

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Originais da Nota Fiscal da entidade médica;
- Recibo do prestador de serviços médicos.



O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela operadora PLAMER, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

Como incluir dependentes?

A inclusão ocorrerá da seguinte forma:

- Cônjuge ou companheira (o) deverá ser feita em até 30 (trinta) dias após o casamento ou reconhecimento da união estável (sem aproveitamento das carências do titular);
- Filho recém-nascido, deverá ser feito em até 30 (trinta) dias após o nascimento;
- Filho adotivo com até 12 (doze) anos de idade, deverá ser feito em até 30 (trinta) dias da adoção.

Será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e o pagamento da taxa de inscrição de acordo com a tabela vigente.

Será necessário comunicar por escrito no endereço indicado no verso da Solicitação de Adesão assinada pelo Beneficiário Titular, ou no Fax indicado no verso deste Guia, respeitando o Calendário de Movimentação Cadastral.

Os futuros Beneficiários Dependentes ficarão isentos do cumprimento de carências, exceção ao cônjuge, desde que o Beneficiário Titular já a tenha cumprido. Havendo prazo carencial em curso, os Beneficiários Dependentes deverão respeitá-lo, ou seja, terão aproveitado somente o prazo de carência já cumprido pelo Beneficiário Titular.



Obs.: Inscrições de Beneficiários Dependentes feitas após os 30 (trinta) dias da data do evento (casamento/união estável, nascimento ou adoção) sempre respeitarão os prazos de carências contratuais.

Qual a documentação necessária para a inclusão de dependentes?

Os dependentes serão incluídos no plano de saúde após a entrega da documentação relacionada abaixo:

- Cônjuge: Cópia da Certidão de Casamento;
- Companheiro: Cópia da Escritura de Declaração Lavrada em Cartório; ou Cópia da Declaração de União Estável (Instrumento Público ou Privado), ou Cópia da Certidão de Nascimento de Filhos em Comum. (Equiparam-se aos filhos o Enteadado e o Menor que esteja sob tutela);
- Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento;
- Filhos Inválidos: Cópia da Certidão de Nascimento e comprovação de invalidez;
- Dependente Judicial: Cópia da tutela expedida pelo órgão competente ou termo de guarda;
- Enteadado: Para caracterização da qualidade de Enteadado será necessária a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Nascimento, Certidão de Óbito de um dos genitores ou Declaração Judicial de Ausência, Certidão de casamento ou Declaração de Convivência.

Como solicitar a exclusão de um beneficiário?

Será necessário comunicar por escrito no endereço indicado no verso da

Solicitação de Adesão assinada pelo Beneficiário Titular, ou no Fax indicado no verso deste Guia, respeitando o Calendário de Movimentação Cadastral.

Como solicitar alteração de plano?

Poderá ser feita transferência do Plano para outro, no período de movimentação, mediante acordo entre as partes.

A transferência de planos pode se dar a qualquer tempo, podendo ser instituídas carências para novos procedimentos incluídos no presente contrato.

Obs.: Tem que ter pelo menos 01 ano de plano para fazer a mudança de categoria.

Como o beneficiário efetua o pagamento das mensalidades?

As mensalidades serão pagas pelo Beneficiário Titular na forma de pré-pagamento todo dia **07** de cada mês, conforme contrato, por intermédio de:

- Débito automático em conta corrente;
- Boleto de cobrança bancária.

Ambos com a respectiva aplicação de taxa administrativa.

O que acontece quando o beneficiário não paga as mensalidades pontualmente?

A falta de pagamento da mensalidade até a data de seu vencimento, acarretará a suspensão dos serviços contratados, podendo ocorrer o seu



restabelecimento após 03 (três) dias úteis do pagamento, mediante acerto financeiro com multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, desde que não seja superior a 30 (trinta) dias, contados do 1º dia da vigência a qual se refere à mensalidade inadimplida.

E quando deixar de pagar?

O não pagamento da mensalidade acarretará no cancelamento do plano de saúde após **30 (trinta) dias**, contados da data de vigência inadimplida, **não desobrigando o responsável pelo pagamento dos valores em aberto.**



Resolva **tudo** pela internet ou telefone

Divicom Administradora

Tel/Fax: (11) **3188.3001** (São Paulo)

Tel/Fax: **4003.6333** (Outras regiões SP, RJ, MG, BA e PE)

0800 888.6333 (Atendimento Nacional)

www.divicom.com.br

- Alteração cadastral
- Débito automático
- Mudança de categoria de plano
- Informe de pagamento
- 2ª via (boleto, cartão, guia de leitura contratual e guia médico)

Central - Plamer

(24) **3383.9200**

www.plamer.com.br

- Informações sobre rede de atendimento
- Autorizações para exames especiais e internações
- Emergências e urgências



ANS - n° 41528-6

 **DIVICOM**
Administradora de Benefícios

 **PLAMER**
Saúde presente em sua vida.

0000

ANS n° 324299