



Número: **0814035-34.2022.8.19.0202**

Classe: **EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Última distribuição : **19/09/2022**

Valor da causa: **R\$ 6.406,27**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE (EXEQUENTE)	LEONARDO DE CAMARGO BARROSO registrado(a) civilmente como LEONARDO DE CAMARGO BARROSO (ADVOGADO)
CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP (EXECUTADO)	
IGOR BARROS DE MIRANDA CARVALHO (LEILOEIRO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30096314	19/09/2022 15:13	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
30096323	19/09/2022 15:13	<a href="#">2 Procuração Cia. Saúde</a>	Procuração
30096334	19/09/2022 15:13	<a href="#">3 SUBSTABELECIMENTO COM RESERVA 07.2022 - Cópia</a>	Outros documentos
30096337	19/09/2022 15:13	<a href="#">4 SUBSTABELECIMENTO CIA - ESCRITORIO 2021 - Cópia</a>	Outros Documentos
30096340	19/09/2022 15:13	<a href="#">5 Diretoria_Cia Saúde</a>	Outros documentos
30096341	19/09/2022 15:13	<a href="#">6 CONTRATO SOCIAL SUL AMERICA SAUDE - Cópia</a>	Outros documentos
30096344	19/09/2022 15:13	<a href="#">7Estatuto Social_Cia Saúde</a>	Outros documentos
30096345	19/09/2022 15:13	<a href="#">8 CNPJ</a>	Documento de Identificação
30096347	19/09/2022 15:13	<a href="#">9 CONDIÇÕES GERAIS</a>	Outros documentos
30096350	19/09/2022 15:13	<a href="#">10 EXTRATO DE UTILIZAÇÃO</a>	Outros documentos
30096705	19/09/2022 15:13	<a href="#">11 RELAÇÃO DE ATIVOS</a>	Outros documentos
30096709	19/09/2022 15:13	<a href="#">12 PROPOSTA</a>	Outros documentos
30096710	19/09/2022 15:13	<a href="#">13 TELA DE FATURAMENTO - SET E OUT</a>	Outros documentos
30096715	19/09/2022 15:13	<a href="#">14 DR.CALC</a>	Outros documentos
30096718	19/09/2022 15:13	<a href="#">15 PLANILHA DE DÉBITO ATUALIZADA</a>	Outros documentos
30214422	20/09/2022 12:00	<a href="#">Extrato de GRERJ</a>	Extrato de GRERJ
30218189	20/09/2022 12:18	<a href="#">Certidão</a>	Certidão

30232 171	20/09/2022 15:08	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
31109 254	27/09/2022 16:55	<a href="#">Petição</a>	Petição
31109 262	27/09/2022 16:55	<a href="#">Scan CIV-022619 22</a>	Outros documentos
31109 264	27/09/2022 16:55	<a href="#">CIV-022619 22- COMPLEMENTAÇÃO DE CUSTAS</a>	Outros documentos
31731 639	03/10/2022 16:48	<a href="#">Extrato de GRERJ</a>	Extrato de GRERJ
31732 654	03/10/2022 16:51	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
31750 269	04/10/2022 09:22	<a href="#">Decisão</a>	Decisão
34654 543	28/10/2022 16:19	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
38248 527	01/12/2022 16:52	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
38248 531	01/12/2022 16:52	<a href="#">PROC 814035-34 (7223)</a>	AVISO DE RECEBIMENTO
43123 944	25/01/2023 15:20	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
45256 842	08/02/2023 16:59	<a href="#">Petição</a>	Petição
45256 845	08/02/2023 16:59	<a href="#">CIV-031380 22 - PENHORA</a>	Outros Anexos
45256 846	08/02/2023 16:59	<a href="#">Scan CIV-031380 22</a>	Outros documentos
65249 481	29/06/2023 12:43	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
66640 609	07/07/2023 14:44	<a href="#">Petição</a>	Petição
66640 617	07/07/2023 14:44	<a href="#">Planilha de débito atualizada - Junho 2023</a>	Outros documentos
80232 995	02/10/2023 09:46	<a href="#">Certidão de resposta negativa (SISBAJUD)</a>	Certidão de resposta negativa (SISBAJUD)
80256 088	02/10/2023 15:20	<a href="#">Decisão</a>	Decisão
80337 847	02/10/2023 15:21	<a href="#">Intimação</a>	Intimação
81815 111	10/10/2023 15:06	<a href="#">Petição</a>	Petição
81815 119	10/10/2023 15:06	<a href="#">CIV-031380 22 - INFOJUD E RENAJUD R\$ 43,14</a>	Outros documentos
81815 121	10/10/2023 15:06	<a href="#">Comprovante pagamento INFOJUD E RENAJUD R\$ 43,14</a>	Outros documentos
82049 579	11/10/2023 14:30	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
82061 099	11/10/2023 16:14	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
82365 989	16/10/2023 11:06	<a href="#">Petição</a>	Petição
93109 001	18/12/2023 09:57	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
93605 277	18/12/2023 09:57	<a href="#">0814035-34 renajud</a>	Outros Anexos
99109 008	30/01/2024 17:18	<a href="#">Petição</a>	Petição
99109 009	30/01/2024 17:18	<a href="#">Scan CIV-031380 22V</a>	Outros documentos
99109 010	30/01/2024 17:18	<a href="#">CIV-031380 22- PENHORA VEICULO R\$74,38</a>	Outros Documentos
11012 3679	12/04/2024 11:33	<a href="#">Decisão</a>	Decisão
11645 9757	06/05/2024 14:58	<a href="#">Petição</a>	Petição
11645 9776	06/05/2024 14:58	<a href="#">TABELA FIPE</a>	Outros Documentos

13715 5154	14/08/2024 12:55	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
14347 8650	12/09/2024 16:29	<a href="#">Extrato de GRERJ</a>	Extrato de GRERJ
14347 8692	12/09/2024 16:32	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
15736 6240	21/11/2024 16:24	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_ª VARA CÍVEL DO FORO REGIONAL DE  
MADUREIRA – RJ

GRERJ:42530504432-66

**SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGUROS SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Cidade do Rio de Janeiro, na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº. 121, Cidade Nova – RJ, CEP: 20.211,903, inscrita no CNPJ nº. 01.685.053/0001-56, com endereço eletrônico: [intimacoesjudiciais@sulamerica.com.br](mailto:intimacoesjudiciais@sulamerica.com.br), vem, por intermédio de seu advogado infra- assinado (mandato incluso), que receberá intimações no endereço constante desta, propor, com fulcro no artigo 27 do Decreto Lei nº. 73/1966 e artigo 05º do Decreto Lei 61.589/67, artigo 784, XII do Código de Processo Civil

### ACÇÃO DE EXECUÇÃO POR TÍTULO EXTRAJUDICIAL<sup>1</sup>

em face de **CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA**, empresa privada, inscrita sob o **CNPJ nº. 26.784.374/0001-39**, com sede à Rua Padre Manuel da Nobrega, Nº 971, Quintino Bacaiúva, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21.381-009, com endereço eletrônico [paula.barbie@gmail.com](mailto:paula.barbie@gmail.com), com fundamento e base nos arts. 186, 475 e 927, todos do Código Civil, entre outros, e demais legislações aplicáveis à espécie, inclusive Súmula 43 do E. STJ, motivos e razões seguintes:

---

<sup>1</sup> “Ressalte-se, inicialmente, que a certeza não exprime a existência real do direito de executar. Traduz a definição de seus elementos, ou seja, o título espelhará uma obrigação certa se nele estiverem contidos a natureza da prestação, seu objeto e seus sujeitos. Haverá liquidez quando, independente de outros fatos, for possível identificar-se o *quantum* devido. A exigibilidade, por sua vez, indica que já é tempo de a obrigação ser cumprida.” (A.I. n.º 280.731/SP, Rel. Min. Eduardo Ribeiro, j. em 25.04.2000)



## **DA REPRESENTAÇÃO PROCESSUAL**

Em observância ao disposto no artigo 272, §5º, do CPC, requer a Autora a V.Exa. sejam as intimações e publicações feitas, exclusivamente, em nome de seu procurador **LEONARDO DE CAMARGO BARROSO**, inscrito na OAB/RJ sob o nº **082.139** com escritório profissional sediado na Avenida Rio Branco, nº 100, 19º andar – Centro – Rio de Janeiro/RJ – CEP 20.040-070, sob pena de nulidade do ato.

## **DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**

Nos termos do art. 334, § 5º do Código de Processo Civil, a autora, desde já, manifesta **DESINTERESSE** na autocomposição (audiência de conciliação), em razão da natureza do litígio, bem como do esgotamento das tentativas extrajudiciais realizadas para resolução amigável da questão.

## **DOS FATOS**

A exequente, empresa do ramo de seguros, celebrou contrato de prestação de serviços de seguro saúde com a executada, referente ao plano Exato Empresarial/PME Trad. 15 AHO QP, com registro na ANS, através da proposta nº 416920, acostada aos autos, convolvendo na apólice nº 197309429, conforme demonstram documentos anexos.

O contrato firmado estabelece a necessidade de pagamento do valor mensal de R\$ 2.601,60 (dois mil e seiscentos e um reais e sessenta centavos) concernente ao prêmio saúde, com vigência mínima conforme cláusula do contrato (manual do usuário).

O contrato, atribui à executada a responsabilidade quanto ao pagamento dos prêmios mensais, através dos boletos emitidos pela exequente.



Ocorre que a relação contratual convencionada entre as partes fora maculada, uma vez que a executada não honrou com sua obrigação, deixando de promover o pagamento devido (setembro/2021).

A inadimplência da executada se manteve no mês de outubro, perfazendo em 21/10/2021 um débito decorrente de título de obrigação certa, líquida e exigível (prêmio de seguro saúde, vencido e não pago), conforme demonstrativo abaixo descrito:

Discriminação dos Débitos	Vencimento	Competência	Valor
Prêmio	21/09/2021	setembro/2021	R\$ 2.601,60
Prêmio	21/10/2021	outubro/2021	R\$ 2.601,60

No caso em tela, a executada descumpriu sua obrigação de pagar assumida por contrato escrito, o que nessas circunstâncias, assiste sem sombra de dúvida, direito à exequente de ser ressarcida da importância correspondente as faturas emitidas e inadimplidas, com a devida atualização.

*Ipsa facto*, o valor nominal, sem correção, devido pela executada corresponde ao montante de R\$ 5.203,20 (prêmios de 21 de setembro e 21 de outubro de 2021), valores estes que devidamente atualizados, acrescido de juros, multa e correção monetária, consoante disposição contratual, corresponde ao total devido de **R\$ 6.406,27 (seis mil e quatrocentos e seis reais e vinte e sete centavos)**, conforme planilha de débitos que segue acostada a presente.

## DO DIREITO

Inicialmente importa destacar que a Resolução Normativa nº 195 de 14 de julho de 2009, em seu artigo 13, sedimenta a responsabilidade da pessoa jurídica contratante quanto ao pagamento dos serviços prestados pela operadora de seguro.

Por outro lado, o sistema processual civil vigente classifica como sendo uma



das hipóteses de título executivo extrajudicial, todos aqueles aos quais, por disposição expressa, a lei atribuir força executiva (artigo 784, XII).

No caso em tela, a força executiva do título em questão é conferida por meio do Decreto-Lei 73/1966, que em seu artigo 27, determina o processamento pela forma executiva das ações de cobrança dos prêmios dos contratos de seguro.

Importante ainda deixar consignado que os regramentos e disposições previstos no supramencionado Decreto-Lei são aplicáveis a todas as operações de seguros privados realizados no País, conforme preceitua seu artigo 1º, dispositivo este que conjugado com o artigo 3º (que elenca as espécies consideradas como operações de seguros privados) afastam qualquer dúvida quanto ao aproveitamento no caso concreto, que trata de seguro saúde inadimplido.

Endossando o raciocínio acima, foi promulgado o Decreto nº 61.589 de 23 de outubro de 1967, que em seu artigo 5º, igualmente prevê como executiva a ação para cobrança do prêmio inadimplido, estendendo, em seu parágrafo único, a possibilidade para aqueles decorrentes de conta mensal e fatura, como na hipótese vertente.

O título executivo deve ser entendido como um conjunto de documentos que reunidos revelam de forma inequívoca a certeza, liquidez e a exigibilidade da obrigação.

No caso em comento, para demonstrar seu direito líquido e certo, a exequente embasa o pedido com o manual do usuário (contrato) contendo os termos contratados, o demonstrativo das faturas, cartão do beneficiário, extrato de utilização, proposta devidamente assinada e a tela de faturamento, documentos estes que demonstram a relação contratual firmada entre as partes, bem como a inadimplência.

A jurisprudência dos Tribunais, inclusive, deste Estado, é firme no sentido de atestar a liquidez, certeza e exigibilidade dos títulos provenientes de contrato de seguro saúde, como no caso, os boletos mensais, *in verbis*:



**TJ-SP - Apelação APL 00036869020098260161 SP 0003686-90.2009.8.26.0161 (TJ-SP)** - Data de publicação: 06/02/2013 - **Ementa:** EMBARGOS À **EXECUÇÃO** Inadimplemento de boletos de **cobrança** de **seguro-saúde** **Título** executivo **extrajudicial** reconhecido Expressa disposição do Decreto-lei nº 73 /66 no sentido de que serão processadas pela forma executiva as ações de **cobrança** dos **prêmios** dos **contratos** de **seguro** Certeza, liquidez e exigibilidade comprovadas pelos termos da apólice assinada pela embargante Via eleita que se apresenta adequada Sentença mantida **RECURSO NÃO PROVIDO.**”

**TJ-SP - Agravo de Instrumento AI 21788704820148260000 SP 2178870-48.2014.8.26.0000 (TJ-SP)** - Data de publicação: 23/10/2014- **Ementa:** **EXECUÇÃO EXTRAJUDICIAL. SEGURO SAÚDE. COBRANÇA DE PRÊMIO.** Decisão que, de ofício, determinou a emenda da inicial para converter em processo de conhecimento. Reforma. **Título** executivo **extrajudicial.** Inteligência do artigo 27 do Decreto-Lei 73/1966 c/c artigo 585 , inciso VIII , do Código de Processo Civil. Precedentes jurisprudenciais. Instrução da **execução** com cópia do **contrato** de **seguro**, com dados sobre o número de beneficiários segurados e o valor devido mensalmente por cada um, em cada faixa etária. Boletos inadimplidos. **Execução extrajudicial** admissível. Recurso provido.”

**TJ-RJ - APELAÇÃO APL 01162083120128190038 RIO DE JANEIRO NOVA IGUACU 7 VARA CIVEL (TJ-RJ)-** Data de publicação: **02/12/2015** - **Ementa:** APELAÇÃO CIVEL. **EXECUÇÃO. TÍTULO EXECUTIVO EXTRAJUDICIAL. COBRANÇA DE PRÊMIO - DECORRENTE DE CONTRATO DE SEGURO SAÚDE. BOLETO BANCÁRIO. VIA EXECUTIVA. POSSIBILIDADE. COMPETÊNCIA DAS CÂMARAS CÍVEIS SEM ESPECIALIZAÇÃO. RESOLUÇÃO TJ/OE/RJ Nº 10/2015. EXECUÇÃO FUNDADA EM TÍTULO EXTRAJUDICIAL.**

**Execução de título extrajudicial**, referente à apólice coletiva de



**seguro saúde**, representada por boletos bancários. Rol de **títulos** executivos **extrajudiciais** contidos no artigo 585 do Código de Processo civil não é numerus clausus. Por sua vez, o **art. 27 do Decreto-Lei n.º 73 /66 dispõe que serão processadas pela forma executiva as ações de cobrança dos prêmios dos contratos de seguro**. Boletos por discriminarem o **prêmio** devido, constituem **títulos** aptos à utilização da tutela executiva, isso porque o inciso VIII do artigo 585 , CPC reconhece a natureza de **títulos** executivos **extrajudiciais** aos documentos que, não estando elencados nos incisos anteriores, tenham a força executiva reconhecida por outras leis, como é o caso do artigo 27 do Decreto-lei 73 /66. PROVIMENTO DO RECURSO, nos termos do artigo 557, § 1º- A, do CPC , para anular a sentença e determinar o prosseguimento da **execução**. **Encontrado em:** DÉCIMA NONA CÂMARA CÍVEL 02/12/2015 - 2/12/2015 APELANTE: BRADESCO **SAUDE** S/A. APELADO: A F.

Tem-se, portanto, sedimentado o direito da exequente em propor a presente Execução, tendo em vista a inadimplência da segurada, ora executada.

## **DOS PEDIDOS**

Considerando as alterações introduzidas na execução civil, com vistas à sua efetividade, resultam pertinentes, também, e ficam desde logo requeridas, d.v., as seguintes e complementares providências:

Nessa conformidade, diante da não satisfação da obrigação certa, líquida e exigível acima consubstanciada (arts. 786 e 783 do CPC), é a presente promoção onde o credor, perante V. Exa., fulcrado nas disposições e preceitos dos arts. 778, 779, I, 784, XII e 798, I, a e b, do CPC, respeitosamente, requer se digne a determinar a citação da executada (autorizando-a, inclusive, na extensão do art. 212, § 2º, CPC) para efetuar o pagamento, no prazo de 3 (três) dias (art. 829, CPC), do valor reclamado e demonstrado de **R\$ 6.406,27 (seis mil e quatrocentos e seis reais e vinte e sete centavos)**, consoante a memória de cálculo do débito já devidamente atualizado (art. 798, I, b, CPC), independentemente dos encargos da sucumbência e



consectários legais finais, juntamente com o reembolso das despesas até agora adiantadas (art. 82, CPC) e verba honorária de seu advogado (reduzida pela metade se houver quitação à vista, satisfatória e tempestiva e no prazo máximo de 3 dias seguintes à citação), prosseguindo-se na cobrança com a realização da penhora (independentemente da oposição de Embargos, art. 914, CPC), a ser ordenada sobre **dinheiro** em espécie, ou em depósito ou aplicação, inclusive poupança (art. 833, X, CPC) encontrado em instituição financeira, esta desde logo acessada pelo sistema BACEN-JUD (835, I, CPC) ou ainda, por se tratar de empresa ativa (declaração da Receita Federal), sobre percentual de **faturamento** (receita bruta), nos termos permissivos do art. 835, X, estipulado de plano por V. Exa., arrecadado e entregue ao credor na forma do ali disposto, lavrando-se o respectivo auto com a intimação de estilo, e continuando-se nos ulteriores termos de direito.

Concomitantemente à citação, e sem prejuízo da nomeação desde logo feita pelo credor, o devedor deverá ser intimado para indicar ao Juízo quais são, onde se encontram e quanto valem seus bens passíveis de penhora (arts. 774, V, 829, § 2º e 841, § 1º, 847, § 2º e 847, §1º, V, CPC) de modo que ela se efetive neles, caso não venha a recair naqueles, autorizado o arresto *ex officio* (art. 830, CPC) caso não encontrado o devedor, seguindo-se a avaliação dos mesmos, salvo o disposto no art. 870, § único, CPC, que deverá ser certificado.

As intimações necessárias à marcha processual serão feitas ao(s) advogado(s) do executado (art. 272, CPC), ou a este, no seu endereço conhecido, sempre pelo correio (art. 889, I), se não o tiver constituído nos autos e se o juiz não dispensar (arts. 274, § único).

Reconhecendo o devedor a obrigação e dispondo-se a pagá-la a prazo poderá fazê-lo, desde que e se nos primeiros quinze (15 dias) dias deposite valor não-inferior a 30% (trinta por cento) do integral reclamado, nele incluído custas e honorários, estes fixados pelo Juiz, liquidando o saldo em até seis (6) parcelas mensais, iguais, consecutivas, acrescidas de correção monetária e juros legais (1% a.m.), observado o disposto no art. 916 e seus §§, CPC.



Da inatividade injustificada do devedor lhe resultará a aplicação da multa de 20% sobre o valor da execução (art. 774, V, CPC), sendo defeso ao oficial devolver o mandado com a mera informação do devedor acerca de existir negociação com o credor.

A penhora de imóvel deverá ser formalizada consoante o art. 884, 4º e o art. 845, § 1º, CPC.

Para efeitos fiscais e de alçada é de **R\$ 6.406,27 (seis mil e quatrocentos e seis reais e vinte e sete centavos)**, o valor desta execução, instruída com os documentos necessários à sua propositura (art. 798, CPC).

Pede Deferimento.

Rio de Janeiro, 06 de setembro de 2022.

**LEONARDO DE CAMARGO BARROSO**  
**OAB/RJ - 082.139**





MARCIO ALMEIDA FERREIRA  
SUBSTITUTO  
Mat. 94/7873

**TRASLADO**

LIVRO: 1242-P - FOLHA: 94/ 94 - ATO: 67

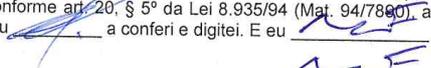
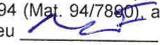
PROCURAÇÃO bastante que faz SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, na forma abaixo:

**SAIBAM** quantos esta virem que, no ano de dois mil e vinte e dois, aos vinte e quatro dias do mês de março (24/03/2022), nesta Cidade do Rio de Janeiro-RJ, em diligência na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº 121 – Cidade Nova, perante mim, EDUARDO LUIZ DE SOUZA THIAGO, Escrevente do 7º Ofício de Notas, situado na Rua Santa Sofia, número 139, Tijuca, compareceu, como Outorgante: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, sociedade com sede na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº 121, Ala Sul – 2º andar, CEP 20211-903, no município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 01.685.053/0001-56, neste ato representado por seus diretores: LAÊNIO PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, contador, separado judicialmente, Carteira de Identidade número 062.599-2 (C.R.C./RJ – 03.03.1994), CPF/MF sob o número 458.465.027-68, e, REINALDO AMORIM LOPES, brasileiro, casado, atuário, portador da identidade nº 09.502.909-6, expedida pelo IFP/RJ, em 19/04/1994, inscrito no CPF sob o nº 023.606.897-03; domiciliados nesta cidade na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº 121, 6º andar – Cidade Nova.- Perante mim, pela Outorgante, através de seus representantes, me foi dito que, por este instrumento, nomeia e constitui seus procuradores: ALESSANDRA DIAS PAPUCCI BORROZZINO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 112229, inscrita na OAB/SP sob o nº 274.469 e no CPF sob o nº 326.690.178-94; ALESSANDRA SANCHEZ, brasileira, solteira, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 100162, inscrita na OAB/SP sob o nº 172.363 e no CPF sob o nº 218.764.088-47; ANDREA SOLDATI DE SOUZA, brasileira, solteira, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 095190, inscrita na OAB/SP sob o nº 201.542 e no CPF sob o nº 101.239.188-47; CLÁUDIA GONÇALVES, brasileira, divorciada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 092075, inscrita na OAB/SP sob o nº 183.327 e no CPF sob o nº 249.409.518-20; DANIELLE DE OLIVEIRA SOARES PATARA, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 022036, inscrita na OAB/SP sob o nº 212.009 e no CPF sob o nº 287.498.448-57; DANIELY MACIEL GREGATI, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 150266, inscrita na OAB/RJ sob o nº 145.825 e no CPF sob o nº 084.410.207-52; DIANA SUPANIK MACHADO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 150750, inscrita na OAB/SP sob o nº 327.345 e no CPF sob o nº 347.753.838-25; FABIANE RESCHKE, brasileira, divorciada, advogada, identidade nº 1005532542 (IGP/RS), CPF nº 544.284.590-68; FERNANDA RAMOS DANTAS, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 094838, inscrita na OAB/SP sob o nº 206.720 e no CPF sob o nº 290.242.528-73; GIULIANA SILVA PONTES, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 152584, inscrita na OAB/SP sob o nº 321.634 e no CPF sob o nº 357.332.248-43; GUILHERME FERNANDO CARDOSO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, registrado no ID funcional sob o nº 111287, inscrito na OAB/SP sob o nº 347.853 e no CPF sob o nº 329.743.658-17; HUGO LUIZ FORLI JUNIOR, brasileiro, casado, advogado, registrado no ID funcional sob o nº 101528, inscrito na OAB/SP sob o nº 296.290 e no CPF sob o nº 281.135.318-66; INGRID PESTANA DE ARRUDA, brasileira, divorciada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 142306, inscrita na OAB/SP sob o nº 311.237 e no CPF sob o nº 370.203.128-61; MARIANA JUBIM DA COSTA BUENO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 111476, inscrita na OAB/RJ sob o nº 163.330 e no CPF sob o nº 110.749.837-69; MARÍLIA RIBEIRO BOTTI, brasileira, solteira, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 147337, inscrita na OAB/RJ sob o nº 179.309 e no CPF sob o nº 114.441.407-52; PAMELA REGINA PITON DE ARAÚJO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 079713, inscrita na OAB/RJ sob o nº 168.535 e no CPF sob o nº 358.674.888-45; PAULO EDUARDO RODRIGUES PIN, brasileiro, casado, advogado, registrado no ID funcional sob o nº 152547, inscrito na OAB/SP sob o nº 212.320 e no CPF sob o nº 214.201.598-01; POLIANA MÁXIMO MAGALHÃES ATAÍDE, brasileira, divorciada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 108679, inscrita na OAB/SP sob o nº 346.043 e no CPF sob o nº 387.476.238-61; RENATA QUIROGA CHATE, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 152705, inscrita na OAB/SP sob o nº 173.499 e no CPF sob o nº 269.713.468-90; ROBERTA ARRUDA ALFIERI GLYCERIO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 108170, inscrita na OAB/SP sob o nº 257.129 e no CPF sob o nº 307.433.948-95; SARA CRISTIANI DE ARAÚJO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 104618, inscrita na OAB/SP sob o nº 239.816 e no CPF sob o nº 282.309.368-03 e SIMONE GONÇALVES BITTENCOURT, brasileira, solteira, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 151968, inscrita da OAB/RJ sob o nº 134.799 e no CPF sob o nº 087.832.757-62, todos supramencionados com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1673, CEP 05422-012, São Paulo – SP; CARLA DA SILVA MOULIN, brasileira, solteira, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 081650, inscrita na OAB/RJ sob o nº 143.754 e no CPF sob o nº 084.855.127-31; FERNANDA DE OLIVEIRA BEZERRA GUIMARÃES, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 071690, inscrita na OAB/RJ sob o nº 174.796 e no CPF sob o nº 086.375.037-05; MICHELLE REGINA SILVA POTENGY DE MELLO, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 107589, inscrita na OAB/RJ sob o nº 163507 e no CPF sob o nº 104.349.057-47; e SOFIA LEMOS ANTUNES MACIEL, brasileira, casada, advogada, registrada no ID funcional sob o nº 109276, inscrita da OAB/RJ sob o nº 100.218 e no CPF sob o nº 010.542.307-65; esses com endereço profissional na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº 121, CEP 20211-903, Rio de Janeiro – RJ; aos quais confere poderes para que, em conjunto ou isoladamente, qualquer um dos Outorgados possa assinar notificações extrajudiciais em geral, assim como representar a Outorgante perante qualquer foro ou tribunal, bem como quaisquer entes ou órgãos da Administração Pública direta e indireta, das esferas federal, estadual e municipal, inclusive aqueles que fiscalizam as atividades da Outorgante, incluindo, sem limitação, o Ministério do Trabalho e do Emprego (e suas Superintendências Regionais do Trabalho e do Emprego), o

VALIDO COM RESERVAS E EMERENDAS ASSINADA PELA TABELIA OU SEU SUBSTITUTO LEGAL.

093328AA 095169



Ministério da Previdência Social, o Ministério da Fazenda (incluindo a Secretaria da Receita Federal), a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, o Departamento Nacional de Registro do Comércio e Juntas Comerciais, bem como outras autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, assim como escritórios de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos, Registro Geral de Imóveis; conferindo poderes para o foro em geral da cláusula *ad judicium*, de acordo com o artigo 105, da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 ("Código de Processo Civil"), além de poderes especiais para (i) propor ações; (ii) interpor recursos; (iii) impetrar mandados de segurança e habeas corpus; (iv) receber citações iniciais e notificações; (v) receber intimações e publicações; (vi) tomar ciência; (vii) acompanhar e ter vista de processos; (viii) conciliar; (ix) confessar; (x) reconhecer a procedência do pedido; (xi) transigir; (xii) desistir; (xiii) renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação; (xiv) receber; (xv) dar quitação em nome da Outorgante; (xvi) acordar, discordar e firmar compromissos em juízo; (xvii) requerer a abertura de inquéritos policiais; (xviii) oferecer queixa; (xix) funcionar como assistente do Ministério Público; (xx) nomear e constituir prepostos para, em nome da Outorgante, comparecer perante os Juizados Especiais Cíveis e Criminais, a Justiça do Trabalho, Justiça Federal e Comum, delegacias de polícia, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério do Trabalho e do Emprego; (xxi) participar de leilões judiciais; (xxii) desistir de arrematação; (xxiii) assinar termos, autos de arrematação e adjudicação; (xxiv) requerer falência; (xxv) habilitar créditos; (xxvi) contestar ou impugnar créditos e contas, no âmbito do processo falimentar; (xxvii) convocar, votar e ser votado em assembleias de credores; (xxviii) requerer a substituição do administrador judicial; (xxix) promover o levantamento de alvarás judiciais exclusivamente para crédito em conta corrente da Outorgante, decorrentes de depósitos efetuados em processos judiciais; (xxx) requerer a expedição de certidões; (xxxi) apresentar representação criminal; e (xxxii) praticar todo e qualquer ato necessário ao bom e fiel cumprimento da presente, estando ratificados todos os atos até então praticados. É permitido o substabelecimento da presente, no todo ou em parte, sempre com reserva de poderes, exceto o poder de receber citações iniciais e notificações de acordo com o item (iv) acima.- **ASSIM** o disse, do que dou fé, me pediu este instrumento, que outorgara, aceitara e assina, dispensando a presença de testemunhas (Artigo 240 do Código de Normas da Corregedoria Geral de Justiça CGJ/RJ).- Da presente será enviada comunicação ao 5º Ofício de Registro de Distribuição.- Certifico que os emolumentos devidos pelo presente ato são de: R\$158,02 (Tabela 22 - item 2 - d: R\$62,75; R\$52,67 (13ª Nota Integrante; Tabela 22 - Lei nº 6.370/12 - item 13; Tabela 16, item 4: R\$12,84 (Arquivamento); Tabela 16, item 5: R\$29,76 (2 Guias de Comunicações)), deverão ser recolhidas, acrescidas da importância correspondente a R\$31,60 (20% FETJ - Lei nº 3.217/99); R\$7,90 (5% FUNPERJ - Lei Complementar Estadual nº 111/06); R\$7,90 (5% FUNDPERJ - Lei Estadual nº 4.664/05); R\$8,31 (5,26% ISSQN); R\$6,32 (4% FUNARPEN/RJ - Lei Estadual nº 6.281/12); R\$1,25 (2% ATOS GRATUITOS/PMCMV Lei Estadual nº 6.370/12), além do valor devido ao 5º Ofício de Registro de Distribuição. Eu, **EDUARDO LUIZ DE SOUZA THIAGO, ESCREVENTE**, Mat. 94/6469, li, lavrei, conferi e encerro o presente ato, colhendo as assinaturas. **(ASS) SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, (Representante) **LAÊNIO PEREIRA DOS SANTOS**, (Representante) **REINALDO AMORIM LOPES**. E eu, **(RUI CORDEIRO E SILVA FILHO)**, Tabelião Substituto conforme art. 20, § 5º da Lei 8.935/94 (Mat. 94/7890), a subscrevo. **TRASLADADA** em seguida por mim. E eu  a conferi e digitei. E eu  a subscrevo e assino em público e raso.

EM TESTEMUNHO (  ) DA VERDADE



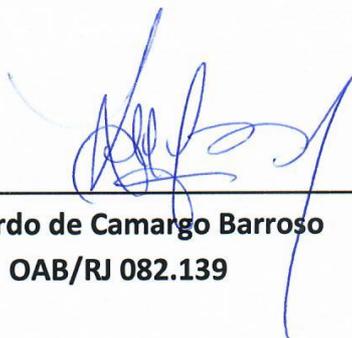
Ofício de  
Votos - RJ  
**MARCIO ALMEIDA FERREIRA**  
SUBSTITUTO  
Mat. 94/7873



**SUBSTABELECIMENTO**

**LEONARDO DE CAMARGO BARROSO**, advogado inscrito na OAB/RJ 082.139, com endereço profissional situado na Avenida Rio Branco, nº 100, 19º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 20.040-070, com endereço eletrônico: leonardo@felizaro.com, **substabeleço com reservas os poderes** conferidos por **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGUROS SAÚDE** (procuração anexa), pessoa jurídica de direito privado, com sede na Cidade do Rio de Janeiro, na Rua Beatriz Larragoiti Luca, nº 121, Bairro: Cidade Nova, CEP: 20.211-903, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01.685.053/0001-56, a **LUIZ FELIZARDO BARROSO**, advogado inscrito na **OAB/RJ 08.632**, com endereço eletrônico: juridico@felizardo.com, com suplementar junto a **OAB/SP 369.272**, **OAB/MG 163.281**, **OAB/PR 77.977**, **OAB/DF 66.420**, **OAB/AM A1581** E **OAB/MA 24082-A** com escritório profissional situado na Avenida Rio Branco, nº 100 – 19º andar – centro – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.040-070.

Rio de Janeiro, 04 de julho de 2022.



---

**Leonardo de Camargo Barroso**  
**OAB/RJ 082.139**



## SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reserva de iguais, os poderes constantes na Procuração anexa, lavrada no Cartório do 7º Ofício de Notas/RJ, **livro 1242-P – fls. 94/94**, exceto o poder de receber citações iniciais, que me foram **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE** ("Outorgante"), em 24 de março de 2022, ao Sr. **LEONARDO DE CAMARGO BARROSO**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº 82.139 e no CPF/ME sob o nº 012.249.907-73, integrante do escritório **ADVOCACIA FELIZARDO BARROSO & ASSOCIADOS**, inscrito na OAB/RJ sob o nº 087.541, com endereço na Avenida Rio Branco, nº 100, 19º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20050-090. O presente substabelecimento terá validade até que revogado, por escrito, pela Outorgante, considerando-se automaticamente revogados, independentemente de qualquer notificação, os poderes daquele que, por qualquer motivo, deixar de integrar o referido escritório. É permitido o substabelecimento do presente, no todo ou em parte, sempre com reservas.

Rio de Janeiro, 03 de maio de 2022.

  
**SARA CRISTIANI DE ARAÚJO**  
**OAB/SP nº 239.816**

SUGOC\Procurações e Substabelecimentos\Procurações Padronizadas\Substabelecimentos\Felizardo Barroso



**SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**

CNPJ/ME nº 01.685.053/0001-56

NIRE 3330027441-3

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 29 DE ABRIL DE 2022.**

**Data, Hora e Local:** Em 29 de abril de 2022, às 9h30min, por meio de videoconferência.

**Presença:** Presença da totalidade dos membros do Conselho de Administração, regularmente convocados.

**Mesa:** Presidente: Patrick de Larragoiti Lucas  
Secretária: Fernanda Bezerra

**Ordem do Dia:**

I. Reeleger para mandato que terminará na data da primeira reunião do Conselho de Administração a realizar-se após a Assembleia Geral Ordinária de 2023, os seguintes membros da Diretoria: (i) **Diretor Presidente: Ricardo Bottas Dourado dos Santos**, brasileiro, casado, administrador de empresas, identidade nº 1214385621 (SSP/BA), CPF nº 769.899.255-15, residente e domiciliado no Rio de Janeiro – RJ, com endereço profissional na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, 1º andar, Ala Sul; (ii) **Vice-Presidentes: Igohr Schultz**, brasileiro, casado, analista de sistemas, identidade nº 65.092.846-5 (SSP/SP), CPF nº 026.205.639-92, residente e domiciliado em Santana de Parnaíba – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Juliana Cruz Caligiuri**, brasileira, casada, administradora de empresas, identidade nº 29.300.800-0 (SSP/SP), CPF nº 301.427.708-84, residente e domiciliada em Santana de Parnaíba – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Marco Antonio Antunes da Silva**, brasileiro, casado, administrador de empresas, identidade nº 9.241.096-0 (SSP/SP), CPF nº 045.965.588-41, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Mauricio Quinze**, brasileiro, em união estável, engenheiro mecânico, identidade nº 18.160.601-X (SSP/SP), CPF nº 125.138.648-24, residente e domiciliado em Barueri – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Patrícia Quírico Coimbra**, brasileira, solteira, bacharel em economia, identidade nº 07286748-4 (IFP/RJ), CPF nº 942.767.907-78, residente e domiciliada em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673 e **Reinaldo Amorim Lopes**, brasileiro, casado, atuariário, identidade nº 09502909-6 (IFP/RJ), CPF nº 023.606.897-03, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; e (iii) **Diretores sem designação especial: Alessandra Maia**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/385256-2 Data do protocolo: 16/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 18/05/2022 SOB O NÚMERO 00004895882 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: DFC55E895E3E5EE297D5EFF1697BDDBBFF6D8F6FFE79C7C74EA56E42BFCE2FE2

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 03/28



**Marinho Basile**, brasileira, casada, administradora, identidade nº 09.752.156-1 (Detran/RJ), CPF nº 026.157.917-70, residente e domiciliada no Rio de Janeiro – RJ, com endereço profissional na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, 1º andar, Ala Sul; **Alessandro Vicente Cogliatti**, brasileiro, casado, engenheiro, identidade nº 08733950-3 (Detran/RJ), CPF nº 011.678.527-61, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Alexandre Putini**, brasileiro, casado, cientista da computação, identidade nº 21138189-5 (SSP/SP), CPF nº 140.508.148-11, residente e domiciliado em Vinhedo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Erika Fuga Rossi**, brasileira, divorciada, médica, identidade nº 18.494.441-7 (SSP/SP), CPF nº 134.565.508-80, residente e domiciliada em Santo André – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Fabiane Reschke**, brasileira, divorciada, advogada, identidade nº 1005532542 (IGP/RS), CPF nº 544.284.590-68, residente e domiciliada em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Gustavo Kohn Giometti**, brasileiro, casado, engenheiro, identidade nº 25.062.056-X (SSP/SP), CPF nº 269.466.578-02, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Heitor Augusto Pereira Barbosa**, brasileiro, casado, securitário, identidade nº 24.465.067-6 (SSP/SP), CPF nº 271.881.928-63, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Juliano Kiguchi Tomazela**, brasileiro, casado, atuário, identidade nº 26.725.202 (SSP-SP), CPF nº 262.610.628-38, residente e domiciliado em Curitiba – PR, com endereço profissional na Avenida Getúlio Vargas, nº 3.201; **Laenio Pereira dos Santos**, brasileiro, separado consensualmente, contador, identidade nº RJ-062599/O-3 (CRC/RJ), CPF nº 458.465.027-68, residente e domiciliado no Rio de Janeiro – RJ, com endereço profissional na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, 1º andar, Ala Sul; **Luciano Macedo de Lima**, brasileiro, casado, economista, identidade nº 330.640 (MMRJ), CPF nº 825.789.157-68, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Marcelo Suman Mascaretti**, brasileiro, casado, engenheiro, identidade nº 3.428.842-5 (SSP/SP), CPF nº 270.471.008-22, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673; **Marcio Pereira de Souza**, brasileiro, casado, analista de sistema, identidade nº 25692362-0 (SSP/SP), CPF nº 294.317.878-06, residente e domiciliado em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Raquel Dourado Imbassahy Conrad**, brasileira, casada, médica, identidade nº 03.900.002-80 (SSP/BA), CPF nº 794.912.435-00, residente e domiciliada em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Simone Cesena Duarte**, brasileira, casada, administradora de empresas, identidade nº 30863448-2 (SSP/SP), CPF nº 277.079.078-17, residente e domiciliada em Cotia – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, nº 1.673; **Solange Zaquem Thompson Motta**, brasileira, casada, administradora, identidade nº 04598909-2 (IFP-RJ), CPF nº 649.615.597-68, residente e domiciliada no Rio de Janeiro – RJ, com endereço profissional na

**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/385256-2 Data do protocolo: 16/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 18/05/2022 SOB O NÚMERO 00004895882 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: DFC55E895E3E5EE297D5EFF1697BDDBBFF6D8F6FFE79C7C74EA56E42BFCE2FE2

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 04/28



Rua Buenos Aires, 15; e **Tereza Villas Boas Veloso**, brasileira, casada, médica, identidade nº 0171942701 (SSP/BA), CPF nº 328.909.585-15, residente e domiciliada em São Paulo – SP, com endereço profissional na Rua dos Pinheiros, 1.673.

Os membros da Diretoria ora reeleitos declararam estar desimpedidos na forma da lei para o exercício dos respectivos cargos e preencher as condições estabelecidas na RN ANS nº 311/12, tendo apresentado as respectivas declarações, as quais foram devidamente arquivadas na sede da Companhia.

II. Consignar que a remuneração global e anual dos administradores foi fixada pela Assembleia Geral Ordinária realizada em 29.04.2022.

III. Consignar o atual quadro de responsáveis pelas funções perante o órgão regulador:

- **Juliana Cruz Caligiuri:** (a) representante legal junto à ANS; e (b) responsável titular pela troca de informações em saúde suplementar;
- **Reinaldo Amorim Lopes:** responsável pelo disposto na Lei nº 9.613/98;
- **Tereza Villas Boas Veloso:** responsável pela área técnica de saúde; e
- **Maria Cristina Eufraim de Jesus:** responsável pela área técnica de saúde – segmento odontológico.

**Deliberações:** Os Conselheiros decidiram, sem quaisquer emendas ou ressalvas, aprovar as matérias constantes da Ordem do Dia.

**Encerramento:** Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião, lavrando-se a presente ata que, após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2022.

**Assinaturas:** Patrick de Larragoiti Lucas, Presidente; Carlos Infante Santos de Castro e Ricardo Bottas Dourado dos Santos, Conselheiros; Fernanda Bezerra, Secretária da Reunião.

A presente é cópia fiel da ata lavrada em livro próprio.

FERNANDA DE OLIVEIRA BEZERRA  
GUIMARAES:08637503705

Assinado de forma digital por FERNANDA DE OLIVEIRA BEZERRA  
GUIMARAES:08637503705

Fernanda Bezerra

Identidade nº 174.796 (OAB/RJ), CPF/ME nº 086.375.037-05

Secretária da Reunião

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/385256-2 Data do protocolo: 16/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 18/05/2022 SOB O NÚMERO 00004895882 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: DFC55E895E3E5EE297D5EFF1697BDDBBFF6D8F6FFE79C7C74EA56E42BFCE2FE2

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 05/28



**SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**

CNPJ/MF nº 01.685.053/0001-56

NIRE 3330027441-3

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I**

**Denominação, Sede, Objeto e Duração**

**Art. 1º.** SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE é uma sociedade anônima, autorizada a funcionar pelo Governo Federal e reger-se-á pelo presente estatuto e dispositivos legais aplicáveis.

**Art. 2º.** A Companhia tem sede e foro na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº 121, parte, Cidade Nova, podendo criar, manter, encerrar e suprimir agências, filiais, sucursais e escritórios no Brasil e no exterior por deliberação da Diretoria, satisfeitas as formalidades legais.

**Art. 3º.** A Companhia tem por objeto operar, exclusivamente, no ramo de seguro saúde, sendo vedada sua atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguro, podendo participar de outras sociedades, observadas as disposições legais pertinentes.

**Art. 4º.** O prazo de duração da Companhia é indeterminado.

**CAPÍTULO II**

**Capital e Ações**

**Art. 5º.** O capital social da Companhia é de R\$2.866.457.722,59 (dois bilhões, oitocentos e sessenta e seis milhões, quatrocentos e cinquenta e sete mil, setecentos e vinte e dois reais e cinquenta e nove centavos), dividido em 105.232.722 (cento e cinco milhões, duzentas e trinta e duas mil, setecentas e vinte e duas) ações, sendo 77.894.693 (setenta e sete milhões, oitocentas e noventa e quatro mil, seiscentas e noventa e três) ordinárias e 27.338.029 (vinte e sete milhões, trezentas e trinta e oito mil e vinte e nove) preferenciais, todas nominativas, sem valor nominal.

**Parágrafo único.** As ações preferenciais não têm direito a voto e gozam das seguintes preferências sobre as ações ordinárias: (a) direito de receber dividendos dez por cento (10%) maiores do que os atribuídos às ações ordinárias, e (b) prioridade no reembolso do capital social em caso de liquidação da Companhia, sem prêmio.

**Art. 6º.** A cada ação ordinária nominativa, corresponderá um voto nas deliberações das Assembleias Gerais.

**CAPÍTULO III**

**Assembleias Gerais**

**Art. 7º.** A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 4 (quatro) primeiros meses seguintes ao término do exercício social, e, extraordinariamente, quando convocada

B

1

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 5/15



na forma legal ou estatutária, sendo presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e secretariada por um dos acionistas presentes ou advogado escolhido pelo referido Presidente.

**Art. 8º.** Os acionistas poderão fazer-se representar nas Assembleias Gerais, por procurador constituído há menos de 1 (um) ano, que seja acionista, administrador da Companhia, com a restrição contida no § 1º, *in fine* do artigo 134, da Lei nº 6.404/76, ou por advogado.

#### **CAPÍTULO IV** **Administração**

**Art. 9º.** A Companhia será administrada por um Conselho de Administração e por uma Diretoria.

**§ 1º.** A remuneração global e anual dos administradores será estabelecida pela Assembleia Geral, podendo tal remuneração ser, em parte, atribuída a título de gratificação.

**§ 2º.** Além da remuneração de que trata o § 1º acima, os administradores terão direito a participar nos lucros caso a Assembleia Geral assim venha a deliberar, nos termos do artigo 24 deste estatuto e observado o disposto no artigo 152, §§ 1º e 2º da Lei nº 6.404/76.

**§ 3º.** Os administradores serão investidos em seus cargos na forma da lei, estando dispensados de prestar qualquer garantia em razão do exercício de suas funções.

**§ 4º.** O prazo de gestão do Conselho de Administração e da Diretoria se estende até a investidura dos novos administradores eleitos.

#### **SEÇÃO I** **Conselho de Administração**

**Art. 10.** A Companhia terá um Conselho de Administração composto de 3 (três) a 9 (nove) membros, sendo 01 (um) Presidente, todas pessoas naturais, residentes ou não no País, eleitos pela Assembleia Geral para mandato de 01 (um) ano, permitida a reeleição.

**§ 1º.** Nos casos de ausências ou impedimentos temporários do Presidente do Conselho de Administração, o mesmo será substituído pelo Conselheiro por ele designado. O substituto exercerá todas as funções e terá todos os poderes, deveres e direitos do substituído.

**§ 2º.** Em caso de vacância no cargo de Conselheiro, o Conselho de Administração indicará um substituto que assumirá o cargo pelo tempo remanescente do mandato do Conselheiro substituído.



2

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/15



**§ 3º.** O Conselheiro ausente poderá se fazer representar nas reuniões por outro Conselheiro que designar. Esta designação deverá ser feita por escrito ao Presidente do Conselho.

**Art. 11.** O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, ao menos 1 (uma) vez ao ano e, extraordinariamente, sempre que necessário, sendo presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e secretariada por um dos Conselheiros presentes ou advogado escolhido pelo referido Presidente.

**§ 1º.** As reuniões do Conselho de Administração serão convocadas por escrito, por seu Presidente ou por 2 (dois) de seus membros, com antecedência mínima de 6 (seis) ou 4 (quatro) dias úteis, esta última hipótese, em caso de reuniões por conferência telefônica ou meio similar.

**§ 2º.** Para instalação das reuniões do Conselho de Administração, em primeira ou segunda convocação, será necessária a presença da maioria dos Conselheiros eleitos.

**§ 3º.** As deliberações do Conselho de Administração serão tomadas por voto da maioria dos Conselheiros presentes à reunião, cabendo ao Presidente, além do seu próprio voto, o de qualidade, no caso de empate na votação.

**§ 4º.** O membro do Conselho de Administração vencido na votação tem o direito de recorrer com efeito suspensivo para a Assembleia Geral das decisões tomadas. O recurso deverá constar da ata da reunião e, enquanto a Assembleia Geral não se manifestar sobre o assunto, ficará suspensa a decisão objeto do recurso.

**Art. 12.** Compete ao Conselho de Administração:

- I. fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar o respectivo orçamento geral;
- II. eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições, observado o que a respeito dispuser este estatuto;
- III. fiscalizar a gestão dos Diretores, examinar, a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia, solicitar informações sobre contratos celebrados ou em via de celebração, e quaisquer outros atos que julgar necessário;
- IV. convocar Assembleia Geral;
- V. manifestar-se sobre o relatório da administração e as contas da Diretoria;
- VI. deliberar sobre a aquisição, alienação e oneração de bens do ativo permanente;
- VII. constituição de ônus reais e prestação de garantias;
- VIII. cessão ou renúncia de direitos de titularidade da Companhia;
- IX. escolher e destituir os auditores independentes;
- X. autorizar a participação da Companhia em outras sociedades, criação de sociedades subsidiárias, controladas e coligadas;
- XI. deliberar sobre a aquisição das ações de emissão da própria Companhia para cancelamento ou manutenção em tesouraria;
- XII. deliberar sobre a alienação ou cancelamento das ações de emissão da própria Companhia que por qualquer motivo permanecerem na tesouraria; e



3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.



Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E  
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 7/15



XIII. exercer outras atribuições legais ou que lhe sejam conferidas pela Assembleia Geral, bem como resolver os casos omissos ou não previstos neste estatuto.

## SEÇÃO II

### Diretoria

**Art. 13.** A Companhia terá uma Diretoria composta de no mínimo 2 (dois) e no máximo 40 (quarenta) membros, dentre eles 1 (um) Diretor Presidente e os demais Diretores sem designação especial, todos pessoas naturais, acionistas ou não, residentes no país, eleitos e destituíveis a qualquer tempo pelo Conselho de Administração para um mandato de 01 (um) ano, admitida a reeleição.

**§ 1º.** O Conselho de Administração poderá atribuir a um ou mais membros da Diretoria a função de Vice-presidente.

**§ 2º.** Nos impedimentos e ausências do Diretor Presidente, este indicará o Diretor substituto, que o substituirá em suas funções e terá todos os poderes, deveres e direitos do substituído, ressalvados os casos previstos neste estatuto. Os demais Diretores se substituirão entre si, na forma estabelecida pelo Diretor Presidente.

**§ 3º.** No caso de vacância de cargo de Diretor o Conselho de Administração poderá eleger novo Diretor para o restante do mandato, devendo sempre fazê-lo quando se tratar de vacância do cargo de Presidente, em reunião a ser convocada no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

**Art. 14.** A Diretoria, quando em reunião conjunta de seus membros, tem plenos poderes para resolver quaisquer assuntos ou negócios de interesse da Companhia, salvo os previstos em lei ou no estatuto social como de competência privativa da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração.

**Art. 15.** A Diretoria reunir-se-á quando necessário, com a presença da maioria de seus membros, sendo as decisões tomadas pelo voto favorável da maioria dos Diretores presentes à reunião cabendo ao Diretor Presidente, além do voto pessoal, o de qualidade, em caso de empate.

**Art. 16.** Compete ao Diretor Presidente coordenar as atividades da Diretoria e supervisionar todas as atividades da Companhia.

**Parágrafo único.** Sem prejuízo das atribuições que o Conselho de Administração vier a designar para os demais Diretores, o Diretor Presidente poderá fixar outras atribuições para os mesmos.

**Art. 17.** A Companhia será representada por quaisquer 2 (dois) Diretores, ou por 1 (um) Diretor e 1 (um) procurador, em ambos os casos agindo em conjunto, exceto nas hipóteses mencionadas nos §§ 1º e 2º abaixo.

**§ 1º.** A Companhia poderá ser representada por 2 (dois) procuradores, agindo em conjunto, na prática dos seguintes atos:

②

4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/15



- I. representação da Companhia em atos relacionados à demissão e à admissão de empregados, realização de anotações em carteiras de trabalho e na contratação de estagiários e aprendizes; e
- II. celebração de contratos de câmbio e realização de operações de pagamento, cadastro, e outras transações de natureza bancária, realizadas com instituições financeiras, por meio da internet ou carta, de acordo com a política de alçadas da Companhia, aprovada pela Diretoria.

**§ 2º.** A Companhia poderá ser representada por 1 (um) Diretor ou por 1 (um) procurador, agindo isoladamente, na prática dos seguintes atos:

- I. representação ativa e passiva da Companhia perante órgãos e entes da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, incluindo autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e entidades paraestatais;
- II. representação da Companhia na qualidade de acionista ou quotista, em Assembleias Gerais de sociedades nas quais participe;
- III. representação da Companhia perante associações civis e sindicatos patronais; e
- IV. representação da Companhia em juízo.

**§ 3º.** As procurações serão outorgadas em nome da Companhia por quaisquer 2 (dois) Diretores, em conjunto, devendo especificar os poderes outorgados. Salvo as procurações *ad judicium* e para a defesa de processos administrativos, todas as demais deverão ser limitadas ao prazo de 1 (um) ano. As procurações outorgadas a empregados da Companhia serão automaticamente revogadas com o término dos seus respectivos contratos de trabalho.

**§ 4º.** É vedado aos Diretores e aos mandatários obrigar a Companhia em negócios estranhos ao seu objeto social, bem como praticar atos de liberalidade em nome da Companhia.

### **SEÇÃO III**

#### **Responsabilidade dos Administradores**

**Art. 18.** Os administradores respondem perante a Companhia e terceiros pelos atos que praticarem no exercício de suas funções, nos termos da lei e do presente estatuto.

**Art. 19.** A Companhia assegurará aos Diretores, Conselheiros de Administração e Conselheiros Fiscais, caso instalado, a defesa técnica jurídica, em processos judiciais e administrativos, que tenham por objeto fatos decorrentes ou atos praticados no exercício de suas atribuições legais ou institucionais no curso normal dos negócios, podendo a Companhia manter o contrato de seguro para a cobertura de despesas processuais, honorários advocatícios e indenizações decorrentes dos referidos processos.

**§ 1º.** A garantia de defesa será assegurada mesmo após os administradores terem, por qualquer motivo, deixado o cargo ou cessado o exercício da função.



5

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 9/15



§ 2º. A Companhia e o administrador interessado deverão escolher em conjunto o responsável pela defesa dos interesses do último, podendo a mesma ser patrocinada pelos advogados integrantes do quadro funcional da Companhia, desde que não haja conflito de interesses.

§ 3º. Além da defesa técnica jurídica, a Companhia arcará com as custas processuais, emolumentos de qualquer natureza, despesas administrativas e depósitos para garantia de instância.

§ 4º. O administrador que for condenado ou responsabilizado, com sentença transitada em julgado, ficará obrigado a ressarcir à Companhia os valores efetivamente desembolsados, salvo quando evidenciado que agiu de boa-fé e visando o interesse social.

## **CAPÍTULO V** **Conselho Fiscal**

**Art. 20.** A Companhia terá um Conselho Fiscal que não terá caráter permanente e somente será instalado quando por solicitação dos acionistas na forma da lei.

§ 1º. O Conselho Fiscal será composto de 3 (três) a 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, acionistas ou não, eleitos pela Assembleia Geral em que for requerido o seu funcionamento.

§ 2º. A remuneração dos membros do Conselho Fiscal será fixada pela Assembleia Geral que os eleger, respeitados os limites legais.

§ 3º. O Conselho Fiscal tem a competência prevista na Lei nº 6.404/76, conforme alterada pela Lei nº 10.303/01.

§ 4º. As deliberações do Conselho Fiscal serão tomadas por maioria de votos e lavradas no livro próprio.

§ 5º. Os membros do Conselho Fiscal e seus suplentes exercerão o cargo até a primeira Assembleia Geral Ordinária que se realizar após sua eleição e poderão ser reeleitos.

## **CAPÍTULO VI** **Exercício Social, Lucros e Dividendos**

**Art. 21.** O exercício social corresponderá ao ano civil, devendo a Companhia elaborar as demonstrações financeiras de que tratam o artigo 176 da Lei nº 6.404/76 ao fim de cada ano, podendo ser levantados balanços em períodos menores quando determinado pelo Conselho de Administração e observados os critérios da regulamentação em vigor.

§ 1º. O Conselho de Administração poderá, obedecidos os limites legais, declarar dividendos intercalares à conta do lucro apurado nos balanços, bem como declarar

00

6

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/15



dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reserva de lucros existentes no último balanço anual ou de períodos menores.

**§ 2º.** O Conselho de Administração também poderá deliberar por creditar ou pagar aos acionistas, na periodicidade que decidir, juros sobre o capital próprio, os quais serão imputados ao valor dos dividendos a serem distribuídos pela Companhia, passando a integrá-los para todos os efeitos legais.

**Art. 22.** Levantado o balanço, com observação das prescrições legais, apurado o resultado do exercício, feitas as deduções e a provisão para o pagamento do imposto sobre a renda, a Assembleia Geral, por proposta do Conselho de Administração, poderá autorizar a compensação de eventuais prejuízos acumulados e observadas as disposições legais vigentes, o pagamento de participação nos lucros aos empregados e administradores, distribuindo o lucro da seguinte forma:

- I. 5% (cinco por cento) para constituição da reserva legal, destinada a garantir a integridade do capital social, até que atinja 20% (vinte por cento) deste;
- II. o necessário, quando for o caso, para constituição de reservas para contingências, nos termos do artigo 195 da Lei nº 6.404/76;
- III. o necessário para a eventual constituição de reserva dos lucros a realizar, nos termos do artigo 197 da Lei nº 6.404/76;
- IV. o necessário para a distribuição de dividendos aos acionistas, conforme decidir a Assembleia Geral, mediante proposta do Conselho de Administração, observadas as disposições legais e estatutárias;
- V. observadas as destinações dos itens anteriores, até 71,25% (setenta e um vírgula vinte e cinco por cento) para constituição de reserva estatutária destinada à expansão dos negócios sociais, reserva esta que não poderá exceder o montante do capital social, observado o disposto no artigo 199 da Lei nº 6404/76, e que tem por finalidade (a) assegurar recursos para investimentos em bens do ativo permanente; (b) reforço de capital de giro, objetivando assegurar condições operacionais adequadas à realização do objeto social; e (c) financiar operações de resgate, reembolso ou aquisição de ações de emissão da Companhia.

**Parágrafo único.** O saldo da reserva estatutária destinada à expansão dos negócios sociais não poderá ultrapassar o capital social. A Assembleia Geral, por proposta dos órgãos de administração, deliberará sobre a aplicação do excesso em aumento de capital ou distribuição de dividendos aos acionistas.

**Art. 23.** Ressalvadas as hipóteses previstas em lei, fica assegurado aos acionistas dividendo obrigatório igual a 25% (vinte e cinco por cento) do lucro líquido da Companhia, ajustado nos termos do art. 202 da Lei nº 6.404/76.

**Art. 24.** Os administradores somente farão jus à participação nos lucros do exercício social em relação ao qual for atribuído aos acionistas o dividendo obrigatório.

*Handwritten signature*

7

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.



Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E  
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 11/15



**Art. 25.** O dividendo deverá ser pago, salvo deliberação em contrário da Assembleia Geral, no prazo de 60 (sessenta) dias da data em que declarado e, em qualquer caso, dentro do exercício social.

## **CAPÍTULO VII** **Acordo de Acionistas**

**Art. 26.** Os acordos de acionistas devidamente registrados na sede da Companhia, que, dentre outras pactuações, estabeleçam cláusulas e condições para alienação de ações de emissão da Companhia, disciplinem o direito de preferência ou regulem o exercício do direito de voto dos acionistas, serão respeitados pela Companhia e por sua administração.

**Parágrafo único.** As obrigações e responsabilidades resultantes de tais acordos serão válidas e oponíveis a terceiros tão logo tais acordos tenham sido devidamente averbados nos livros de registro da Companhia e nos certificados de ações, se emitidos. Os administradores da Companhia zelarão pela observância desses acordos e o Presidente da Assembleia Geral ou das reuniões do Conselho de Administração, conforme o caso, deverá declarar a invalidade do voto proferido pelo acionista ou pelo Conselheiro em contrariedade com os termos de tais acordos, ou ainda, no caso de ausência ou abstenção de acionistas ou Conselheiros, os outros acionistas prejudicados ou Conselheiros eleitos pelos acionistas prejudicados poderão votar com as ações ou votos pertencentes aos acionistas ou Conselheiros ausentes ou omissos, conforme o caso, nos termos do artigo 118, §§ 8º e 9º da Lei nº 6.404/76, com as alterações introduzidas pela Lei nº 10.303/01.

## **CAPÍTULO VIII** **Liquidação**

**Art. 27.** A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei ou por deliberação da Assembleia Geral.

(Aprovado pela Assembleia Geral Extraordinária realizada em 21 de maio de 2018)



8

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2018/116855-3 Data do protocolo: 04/06/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 05/06/2018 SOB O NÚMERO 00003203365 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: 3DD22E1A483CC6920F5E4128DC8F6D438D4C3779038C3B362E992816D8E29E4E

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 12/15



## ANEXO I

### SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

CNPJ/ME nº 01.685.053/0001-56

NIRE 3330027441-3

### ESTATUTO SOCIAL

#### CAPÍTULO I

#### Denominação, Sede, Objeto e Duração

**Art. 1º.** SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE é uma sociedade anônima, autorizada a funcionar pelo Governo Federal e reger-se-á pelo presente estatuto e dispositivos legais aplicáveis.

**Art. 2º.** A Companhia tem sede e foro na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, nº 121, Ala Sul, 2º andar, Cidade Nova, podendo criar, manter, encerrar e suprimir agências, filiais, sucursais e escritórios no Brasil e no exterior por deliberação da Diretoria, satisfeitas as formalidades legais.

**Art. 3º.** A Companhia tem por objeto operar, exclusivamente, no ramo de seguro saúde, sendo vedada sua atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguro, podendo participar de outras sociedades, observadas as disposições legais pertinentes.

**Art. 4º.** O prazo de duração da Companhia é indeterminado.

#### CAPÍTULO II

#### Capital e Ações

**Artigo 5º.** O capital social da Companhia é de R\$5.632.618.618,25 (cinco bilhões, seiscentos e trinta e dois milhões, seiscentos e dezoito mil, seiscentos e dezoito reais e vinte e cinco centavos), dividido em 134.852.489 (cento e trinta e quatro milhões, oitocentas e cinquenta e duas mil, quatrocentas e oitenta e nove) ações, sendo 97.222.125 (noventa e sete milhões, duzentas e vinte e duas mil, cento e vinte e cinco) ordinárias e 37.630.364 (trinta e sete milhões, seiscentas e trinta mil, trezentas e sessenta e quatro) preferenciais, todas nominativas e sem valor nominal.

**Parágrafo único.** As ações preferenciais não têm direito a voto e gozam das seguintes preferências sobre as ações ordinárias: (a) direito de receber dividendos dez por cento (10%) maiores do que os atribuídos às ações ordinárias, e (b) prioridade no reembolso do capital social em caso de liquidação da Companhia, sem prêmio.

**Art. 6º.** A cada ação ordinária nominativa, corresponderá um voto nas deliberações das Assembleias Gerais.



#### Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 19/32



### **CAPÍTULO III Assembleias Gerais**

**Art. 7º.** A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 4 (quatro) primeiros meses seguintes ao término do exercício social, e, extraordinariamente, quando convocada na forma legal ou estatutária, sendo presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e secretariada por um dos acionistas presentes ou advogado escolhido pelo referido Presidente.

**Art. 8º.** Os acionistas poderão fazer-se representar nas Assembleias Gerais, por procurador constituído há menos de 1 (um) ano, que seja acionista, administrador da Companhia, com a restrição contida no § 1º, *in fine* do artigo 134, da Lei nº 6.404/76, ou por advogado.

### **CAPÍTULO IV Administração**

**Art. 9º.** A Companhia será administrada por um Conselho de Administração e por uma Diretoria.

**§1º.** A remuneração global e anual dos administradores será estabelecida pela Assembleia Geral, podendo tal remuneração ser, em parte, atribuída a título de gratificação.

**§2º.** Além da remuneração de que trata o § 1º acima, os administradores terão direito a participar nos lucros caso a Assembleia Geral assim venha a deliberar, nos termos do artigo 24 deste estatuto e observado o disposto no artigo 152, §§ 1º e 2º da Lei nº 6.404/76.

**§3º.** Os administradores serão investidos em seus cargos na forma da lei, estando dispensados de prestar qualquer garantia em razão do exercício de suas funções.

**§4º.** O prazo de gestão do Conselho de Administração e da Diretoria se estende até a investidura dos novos administradores eleitos.

### **SEÇÃO I Conselho de Administração**

**Art. 10.** A Companhia terá um Conselho de Administração composto de 3 (três) a 9 (nove) membros, sendo 01 (um) Presidente, todos pessoas naturais, residentes ou não no País, eleitos pela Assembleia Geral para mandato de 01 (um) ano, permitida a reeleição.



Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 20/32



**§1º.** Nos casos de ausências ou impedimentos temporários do Presidente do Conselho de Administração, o mesmo será substituído pelo Conselheiro por ele designado. O substituto exercerá todas as funções e terá todos os poderes, deveres e direitos do substituído.

**§2º.** Em caso de vacância no cargo de Conselheiro, o Conselho de Administração indicará um substituto que assumirá o cargo pelo tempo remanescente do mandato do Conselheiro substituído.

**§3º.** O Conselheiro ausente poderá se fazer representar nas reuniões por outro Conselheiro que designar. Esta designação deverá ser feita por escrito ao Presidente do Conselho.

**Art. 11.** O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, ao menos 1 (uma) vez ao ano e, extraordinariamente, sempre que necessário, sendo presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e secretariada por um dos Conselheiros presentes ou advogado escolhido pelo referido Presidente.

**§1º.** As reuniões do Conselho de Administração serão convocadas por escrito, por seu Presidente ou por 2 (dois) de seus membros, com antecedência mínima de 6 (seis) ou 4 (quatro) dias úteis, esta última hipótese, em caso de reuniões por conferência telefônica ou meio similar.

**§2º.** Para instalação das reuniões do Conselho de Administração, em primeira ou segunda convocação, será necessária a presença da maioria dos Conselheiros eleitos.

**§3º.** As deliberações do Conselho de Administração serão tomadas por voto da maioria dos Conselheiros presentes à reunião, cabendo ao Presidente, além do seu próprio voto, o de qualidade, no caso de empate na votação.

**§4º.** O membro do Conselho de Administração vencido na votação tem o direito de recorrer com efeito suspensivo para a Assembleia Geral das decisões tomadas. O recurso deverá constar da ata da reunião e, enquanto a Assembleia Geral não se manifestar sobre o assunto, ficará suspensa a decisão objeto do recurso.

**Art. 12.** Compete ao Conselho de Administração:

- I. fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar o respectivo orçamento geral;
- II. eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições, observado o que a respeito dispuser este estatuto;



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 21/32



- III. fiscalizar a gestão dos Diretores, examinar, a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia, solicitar informações sobre contratos celebrados ou em via de celebração, e quaisquer outros atos que julgar necessário;
- IV. convocar Assembleia Geral;
- V. manifestar-se sobre o relatório da administração e as contas da Diretoria;
- VI. deliberar sobre a aquisição, alienação e oneração de bens do ativo permanente;
- VII. constituição de ônus reais e prestação de garantias;
- VIII. cessão ou renúncia de direitos de titularidade da Companhia;
- IX. escolher e destituir os auditores independentes;
- X. autorizar a participação da Companhia em outras sociedades, criação de sociedades subsidiárias, controladas e coligadas;
- XI. deliberar sobre a aquisição das ações de emissão da própria Companhia para cancelamento ou manutenção em tesouraria;
- XII. deliberar sobre a alienação ou cancelamento das ações de emissão da própria Companhia que por qualquer motivo permanecerem na tesouraria; e
- XIII. exercer outras atribuições legais ou que lhe sejam conferidas pela Assembleia Geral, bem como resolver os casos omissos ou não previstos neste estatuto.

## **SEÇÃO II** **Diretoria**

**Art. 13.** A Companhia terá uma Diretoria composta de no mínimo 2 (dois) e no máximo 40 (quarenta) membros, dentre eles 1 (um) Diretor Presidente e os demais Diretores sem designação especial, todos pessoas naturais, acionistas ou não, residentes ou não no país, eleitos e destituíveis a qualquer tempo pelo Conselho de Administração para um mandato de 01 (um) ano, admitida a reeleição.

**§1º.** O Conselho de Administração poderá atribuir a um ou mais membros da Diretoria a função de Vice-presidente.

**§2º.** Nos impedimentos e ausências do Diretor Presidente, este indicará o Diretor substituto, que o substituirá em suas funções e terá todos os poderes, deveres e direitos do substituído, ressalvados os casos previstos neste estatuto. Os demais Diretores se substituirão entre si, na forma estabelecida pelo Diretor Presidente.

**§3º.** No caso de vacância de cargo de Diretor o Conselho de Administração poderá eleger novo Diretor para o restante do mandato, devendo sempre fazê-lo quando se tratar de vacância do cargo de Presidente, em reunião a ser convocada no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

**Art. 14.** A Diretoria, quando em reunião conjunta de seus membros, tem plenos poderes para resolver quaisquer assuntos ou negócios de interesse da Companhia, salvo os



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICADO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 22/32



previstos em lei ou no estatuto social como de competência privativa da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração.

**Art. 15.** A Diretoria reunir-se-á quando necessário, com a presença da maioria de seus membros, sendo as decisões tomadas pelo voto favorável da maioria dos Diretores presentes à reunião cabendo ao Diretor Presidente, além do voto pessoal, o de qualidade, em caso de empate.

**Art. 16.** Compete ao Diretor Presidente coordenar as atividades da Diretoria e supervisionar todas as atividades da Companhia.

**Parágrafo único.** Sem prejuízo das atribuições que o Conselho de Administração vier a designar para os demais Diretores, o Diretor Presidente poderá fixar outras atribuições para os mesmos.

**Art. 17.** A Companhia será representada por quaisquer 2 (dois) Diretores, ou por 1 (um) Diretor e 1 (um) procurador, em ambos os casos agindo em conjunto, exceto nas hipóteses mencionadas nos §§ 1º e 2º abaixo.

**§1º.** A Companhia poderá ser representada por 2 (dois) procuradores, agindo em conjunto, na prática dos seguintes atos:

- I. representação da Companhia em atos relacionados à demissão e à admissão de empregados, realização de anotações em carteiras de trabalho e na contratação de estagiários e aprendizes; e
- II. celebração de contratos de câmbio e realização de operações de pagamento, cadastro, e outras transações de natureza bancária, realizadas com instituições financeiras, por meio da internet ou carta, de acordo com a política de alçadas da Companhia, aprovada pela Diretoria.

**§2º.** A Companhia poderá ser representada por 1 (um) Diretor ou por 1 (um) procurador, agindo isoladamente, na prática dos seguintes atos:

- I. representação ativa e passiva da Companhia perante órgãos e entes da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, incluindo autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e entidades paraestatais;
- II. representação da Companhia na qualidade de acionista ou quotista, em Assembleias Gerais de sociedades nas quais participe;
- III. representação da Companhia perante associações civis e sindicatos patronais; e
- IV. representação da Companhia em juízo.



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE  
NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo.



Pag. 23/32



**§3º.** As procurações serão outorgadas em nome da Companhia por quaisquer 2 (dois) Diretores, em conjunto, devendo especificar os poderes outorgados. Salvo as procurações *ad judícia* e para a defesa de processos administrativos, todas as demais deverão ser limitadas ao prazo de 1 (um) ano. As procurações outorgadas a empregados da Companhia serão automaticamente revogadas com o término dos seus respectivos contratos de trabalho.

**§4º.** É vedado aos Diretores e aos mandatários obrigar a Companhia em negócios estranhos ao seu objeto social, bem como praticar atos de liberalidade em nome da Companhia.

### **SEÇÃO III** **Responsabilidade dos Administradores**

**Art. 18.** Os administradores respondem perante a Companhia e terceiros pelos atos que praticarem no exercício de suas funções, nos termos da lei e do presente estatuto.

**Art. 19.** A Companhia assegurará aos Diretores, Conselheiros de Administração e Conselheiros Fiscais, caso instalado, a defesa técnica jurídica, em processos judiciais e administrativos, que tenham por objeto fatos decorrentes ou atos praticados no exercício de suas atribuições legais ou institucionais no curso normal dos negócios, podendo a Companhia manter o contrato de seguro para a cobertura de despesas processuais, honorários advocatícios e indenizações decorrentes dos referidos processos.

**§1º.** A garantia de defesa será assegurada mesmo após os administradores terem, por qualquer motivo, deixado o cargo ou cessado o exercício da função.

**§2º.** A Companhia e o administrador interessado deverão escolher em conjunto o responsável pela defesa dos interesses do último, podendo a mesma ser patrocinada pelos advogados integrantes do quadro funcional da Companhia, desde que não haja conflito de interesses.

**§3º.** Além da defesa técnica jurídica, a Companhia arcará com as custas processuais, emolumentos de qualquer natureza, despesas administrativas e depósitos para garantia de instância.

**§4º.** O administrador que for condenado ou responsabilizado, com sentença transitada em julgado, ficará obrigado a ressarcir à Companhia os valores efetivamente desembolsados, salvo quando evidenciado que agiu de boa-fé e visando o interesse social.



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo.



Pag. 24/32



## **CAPÍTULO V Conselho Fiscal**

**Art. 20.** A Companhia terá um Conselho Fiscal que não terá caráter permanente e somente será instalado quando por solicitação dos acionistas na forma da lei.

**§1º.** O Conselho Fiscal será composto de 3 (três) a 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, acionistas ou não, eleitos pela Assembleia Geral em que for requerido o seu funcionamento.

**§2º.** A remuneração dos membros do Conselho Fiscal será fixada pela Assembleia Geral que os eleger, respeitados os limites legais.

**§3º.** O Conselho Fiscal tem a competência prevista na Lei nº 6.404/76, conforme alterada pela Lei nº 10.303/01.

**§4º.** As deliberações do Conselho Fiscal serão tomadas por maioria de votos e lavradas no livro próprio.

**§5º.** Os membros do Conselho Fiscal e seus suplentes exercerão o cargo até a primeira Assembleia Geral Ordinária que se realizar após sua eleição e poderão ser reeleitos.

## **CAPÍTULO VI Exercício Social, Lucros e Dividendos**

**Art. 21.** O exercício social corresponderá ao ano civil, devendo a Companhia elaborar as demonstrações financeiras de que tratam o artigo 176 da Lei nº. 6.404/76 ao fim de cada ano, podendo ser levantados balanços em períodos menores quando determinado pelo Conselho de Administração e observados os critérios da regulamentação em vigor.

**§1º.** O Conselho de Administração poderá, obedecidos os limites legais, declarar dividendos intercalares à conta do lucro apurado nos balanços, bem como declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reserva de lucros existentes no último balanço anual ou de períodos menores, os quais poderão ser imputados ao valor dos dividendos a serem distribuídos pela Companhia, passando a integrá-los para todos os efeitos legais.

**§2º.** O Conselho de Administração também poderá deliberar por creditar ou pagar aos acionistas, na periodicidade que decidir, juros sobre o capital próprio, os quais serão imputados ao valor dos dividendos a serem distribuídos pela Companhia, passando a integrá-los para todos os efeitos legais.



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 25/32



**Art. 22.** Levantado o balanço, com observação das prescrições legais, apurado o resultado do exercício, feitas as deduções e a provisão para o pagamento do imposto sobre a renda, a Assembleia Geral, por proposta do Conselho de Administração, poderá autorizar a compensação de eventuais prejuízos acumulados e observadas as disposições legais vigentes, o pagamento de participação nos lucros aos empregados e administradores, distribuindo o lucro da seguinte forma:

- I. 5% (cinco por cento) para constituição da reserva legal, destinada a garantir a integridade do capital social, até que atinja 20% (vinte por cento) deste;
- II. o necessário, quando for o caso, para constituição de reservas para contingências, nos termos do artigo 195 da Lei nº 6.404/76;
- III. o necessário para a eventual constituição de reserva dos lucros a realizar, nos termos do artigo 197 da Lei nº 6.404/76;
- IV. o necessário para a distribuição de dividendos aos acionistas, conforme decidir a Assembleia Geral, mediante proposta do Conselho de Administração, observadas as disposições legais e estatutárias;
- V. observadas as destinações dos itens anteriores, até 71,25% (setenta e um vírgula vinte e cinco por cento) para constituição de reserva estatutária destinada à expansão dos negócios sociais, reserva esta que não poderá exceder o montante do capital social, observado o disposto no artigo 199 da Lei nº 6404/76, e que tem por finalidade (a) assegurar recursos para investimentos em bens do ativo permanente; (b) reforço de capital de giro, objetivando assegurar condições operacionais adequadas à realização do objeto social; e (c) financiar operações de resgate, reembolso ou aquisição de ações de emissão da Companhia.

**Parágrafo único.** O saldo da reserva estatutária destinada à expansão dos negócios sociais não poderá ultrapassar o capital social. A Assembleia Geral, por proposta dos órgãos de administração, deliberará sobre a aplicação do excesso em aumento de capital ou distribuição de dividendos aos acionistas.

**Art. 23.** Ressalvadas as hipóteses previstas em lei, fica assegurado aos acionistas dividendo obrigatório igual a 25% (vinte e cinco por cento) do lucro líquido da Companhia, ajustado nos termos do art. 202 da Lei nº 6.404/76.

**Art. 24.** Os administradores somente farão jus à participação nos lucros do exercício social em relação ao qual for atribuído aos acionistas o dividendo obrigatório.

**Art. 25.** O dividendo deverá ser pago, salvo deliberação em contrário da Assembleia Geral, no prazo de 60 (sessenta) dias da data em que declarado e, em qualquer caso, dentro do exercício social.



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 26/32



## **CAPÍTULO VII Acordo de Acionistas**

**Art. 26.** Os acordos de acionistas devidamente registrados na sede da Companhia, que, dentre outras pactuações, estabeleçam cláusulas e condições para alienação de ações de emissão da Companhia, disciplinem o direito de preferência ou regulem o exercício do direito de voto dos acionistas, serão respeitados pela Companhia e por sua administração.

**Parágrafo único.** As obrigações e responsabilidades resultantes de tais acordos serão válidas e oponíveis a terceiros tão logo tais acordos tenham sido devidamente averbados nos livros de registro da Companhia e nos certificados de ações, se emitidos. Os administradores da Companhia zelarão pela observância desses acordos e o Presidente da Assembleia Geral ou das reuniões do Conselho de Administração, conforme o caso, deverá declarar a invalidade do voto proferido pelo acionista ou pelo Conselheiro em contrariedade com os termos de tais acordos, ou ainda, no caso de ausência ou abstenção de acionistas ou Conselheiros, os outros acionistas prejudicados ou Conselheiros eleitos pelos acionistas prejudicados poderão votar com as ações ou votos pertencentes aos acionistas ou Conselheiros ausentes ou omissos, conforme o caso, nos termos do artigo 118, §§ 8º e 9º da Lei nº 6.404/76, com as alterações introduzidas pela Lei nº 10.303/01.

## **CAPÍTULO VIII Liquidação**

**Art. 27.** A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei ou por deliberação da Assembleia Geral.

(Aprovado pela Assembleia Geral Ordinária e Extraordinária  
realizada em 29 de abril de 2022)



**Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro**

Empresa: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

NIRE: 333.0027441-3 Protocolo: 00-2022/358904-7 Data do protocolo: 06/05/2022

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 09/05/2022 SOB O NÚMERO 00004878592 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B0A7D4DA852CE2ADD4831DEB2A98AF05E055AFC9969D80AD3FD17EB8F5BA006C

lidar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.



Pag. 27/32





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>26.784.374/0001-39</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>29/12/2016</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE <b>EPP</b>	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>45.11-1-01 - Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários novos</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>45.12-9-01 - Representantes comerciais e agentes do comércio de veículos automotores</b> <b>66.22-3-00 - Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R PADRE MANUEL DA NOBREGA</b>	NÚMERO <b>971</b>	COMPLEMENTO *****	
CEP <b>21.381-009</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>QUINTINO BOCAIUVA</b>	MUNICÍPIO <b>RIO DE JANEIRO</b>	UF <b>RJ</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE <b>(21) 6480-1674</b>		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>29/12/2016</b>		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **23/08/2022** às **11:41:01** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



**SulAmérica Saúde PME**  
**Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

**Condições Gerais**  
**03 a 29 vidas**

**Versão 19**

**Vigência Maio 2020**

**ANS – nº 006246**

**Contrato nº 0058.0042.1997**



## Índice

## SulAmérica Saúde PME

## Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

• <b>Condições Gerais .....</b>	<b>5</b>
1. Qualificação da Seguradora .....	5
2. Qualificação do Contratante .....	5
3. Objeto do Contrato .....	5
4. Natureza do Contrato .....	5
5. Tipo de Contratação .....	5
6. Tipo de Segmentação Assistencial .....	6
7. Área Geográfica de Abrangência.....	6
8. Formação do Preço .....	6
9. Planos de Seguro .....	6
10. Coberturas e Benefícios Adicionais .....	8
11. Contratação do Seguro.....	8
12. Inclusão de segurados.....	10
13. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados ...	11
14. Formas de Inclusão .....	12
15. Coberturas e Procedimentos Garantidos.....	12
16. Exclusões de Cobertura .....	20
17. Vigência e Condições de Renovação Automática .....	22
18. Carência .....	23
19. Doenças e Lesões Preexistentes .....	24
20. Atendimentos de Urgência e Emergência.....	25
21. Reembolso.....	27
22. Rede Referenciada.....	28
23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP .....	29
24. Divergências Médicas.....	30
25. Coparticipação.....	31
26. Prêmio Mensal.....	31
27. Reajuste do Prêmio do Seguro.....	32
28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária .....	37
29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados .....	37



30. Exclusão do Segurado.....	43
31. Cancelamento do Seguro .....	44
32. Disposições Gerais.....	46
33. Remissão do Pagamento dos Prêmios.....	48
34. MECASAS; Movimentação Eletrônica de Cadastro .....	49
35. Proteção de Dados Pessoais .....	56
36. Glossário.....	61
37. Foro .....	65
<b>• Termo de Coberturas Adicionais .....</b>	<b>66</b>
1. Terapias.....	66
2. Transplantes de órgãos .....	66
3. Consulta e Fisioterapia Domiciliar .....	66
4. Cirurgia Refrativa sem limite de grau.....	66
5. Check-Up.....	67
6. Vacinas .....	67
7. Consulta ao Viajante.....	67
8. SulAmérica Saúde Ativa .....	67
<b>• Caderno de Benefícios Adicionais.....</b>	<b>68</b>
1. Orientação Médica Telefônica .....	68
2. Motorista Amigo da Saúde.....	69
3. Remoção Especial.....	69
4. Serviços de Courier .....	69
5. Coleta Domiciliar de Exames.....	69
6. Concierge .....	69
7. Seguro Viagem .....	70
8. Atendimento de Urgência e Emergência fora da região de abrangência Geográfica do Plano Contratado.....	72
<b>• Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação.....</b>	<b>74</b>
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo .....	75
Direto CAMP VCs Apartamento .....	81
Direto CWB STc Quarto Coletivo .....	87
Direto CWB STc Apartamento.....	93



Direto Rio II Quarto Coletivo.....	99
Direto Rio II Apartamento.....	104
Direto SP BCx Quarto Coletivo .....	109
Direto SP BCx Apartamento .....	115
Plano Exato Quarto Coletivo .....	121
Plano Exato Apartamento.....	127
Plano Clássico Quarto Coletivo .....	133
Plano Clássico Apartamento .....	139
Plano Especial 100.....	146
Plano Executivo .....	153
Plano Prestige .....	160
<b>• Características Essenciais dos Planos com Coparticipação .....</b>	<b>167</b>
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo <b>com</b> Coparticipação .....	168
Direto CAMP VCs Apartamento <b>com</b> Coparticipação .....	175
Direto CWB STc Quarto Coletivo <b>com</b> Coparticipação .....	182
Direto CWB STc Apartamento <b>com</b> Coparticipação .....	189
Direto Rio II Quarto Coletivo <b>com</b> Coparticipação.....	196
Direto Rio II Apartamento <b>com</b> Coparticipação .....	202
Direto SP BCx Quarto Coletivo <b>com</b> Coparticipação .....	208
Direto SP BCx Apartamento <b>com</b> Coparticipação .....	215
Exato Quarto Coletivo <b>com</b> Coparticipação.....	222
Exato Apartamento <b>com</b> Coparticipação.....	229
Clássico Quarto Coletivo <b>com</b> Coparticipação .....	236
Clássico Apartamento <b>com</b> Coparticipação .....	243
Especial 100 <b>com</b> Coparticipação .....	250
Executivo <b>com</b> Coparticipação.....	258
Prestige <b>com</b> Coparticipação .....	265



**Sul América Companhia de Seguro Saúde**

**Registro na ANS nº 006246**

## **Condições Gerais**

### **SulAmérica Saúde PME**

#### **Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

**1. Qualificação da Seguradora**

Sul América Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 006246 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ n.º 01.685.053/0001-56, situada à Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.211-903.

**2. Qualificação do Contratante**

Pessoa Jurídica devidamente identificada e qualificada na Proposta de Seguro, que é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro. A Proposta de Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

**3. Objeto do Contrato**

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

**3.1 O ACESSO E ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS NÃO INTEGRANTES A REDE REFERENCIADA, É DIFERENCIADO POR PLANO DISPONIBILIZADO PELA SEGURADORA PARA CONTRATAÇÃO. AS CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS ESTÃO DESCRITOS NAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE CADA PLANO.**

**4. Natureza do Contrato**

Trata-se de um Contrato de Seguro regido pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direito e obrigações, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

**5. Tipo de Contratação**

O Seguro Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação de que tratam as Resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade **Coletivo Empresarial.**



**6. Tipo de Segmentação Assistencial**

Garantia, ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**.

**7. Área Geográfica de Abrangência**

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro está especificada nas Características Essenciais de cada plano.

**8. Formação do Preço**

A formação do preço deste seguro é preestabelecida, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

**9. Planos de Seguro**

**9.1** O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e está especificado na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME, que é parte integrante deste contrato na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

**9.2** O plano dos dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular, inclusive no que se refere à acomodação hospitalar.

**9.3 Transferência de Planos**

O Estipulante deverá optar por um ou mais planos disponíveis pela Seguradora, no momento da contratação, e durante a vigência do seguro poderá ocorrer a transferência de um ou mais Segurados para outro plano, conforme descrito a seguir:

**9.3.1** A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior, somente poderá ocorrer de acordo com as opções descritas nas cláusulas 9.4.1 – Sem Coparticipação e 9.4.2 – Com Coparticipação, nas formas descritas nas cláusulas 9.4.3 e 9.4.4 quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**9.4 Opção de Transferência para plano imediatamente superior****9.4.1 Planos Sem Coparticipação**

<b>De</b>	<b>Para</b>
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo	Direto CAMP VCs Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo
Direto CAMP VCs Apartamento	Exato Apartamento
Direto CWB STc Quarto Coletivo	Direto CWB STc Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto CWB STc Apartamento	Exato Apartamento
Direto Rio II Quarto Coletivo	Direto Rio II Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto Rio II Apartamento	Exato Apartamento
Direto SP BCx Quarto Coletivo	Direto SP BCx Apartamento ou Exato Quarto Coletivo



Direto SP BCx Apartamento	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento ou Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Clássico Apartamento
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Clássico Apartamento	Especial 100
Especial 100	Executivo
Executivo	Prestige

#### 9.4.2 Planos Com Coparticipação

De	Para
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo COP	Direto CAMP VCs Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto CAMP VCs Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto CWB STc Quarto Coletivo COP	Direto CWB STc Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto CWB STc Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto Rio II Quarto Coletivo COP	Direto Rio II Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto Rio II Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto SP BCx Quarto Coletivo COP	Direto SP BCx Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto SP BCx Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Exato Quarto Coletivo COP	Exato Apartamento COP ou Clássico Quarto Coletivo COP
Exato Apartamento COP	Clássico Apartamento COP
Clássico Quarto Coletivo COP	Clássico Apartamento COP
Clássico Apartamento COP	Especial 100 COP
Especial 100 COP	Executivo COP
Executivo COP	Prestige COP

**9.4.3** A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**9.4.4** Caso o Estipulante tenha estabelecido no momento da contratação planos específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional comprovada através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora, pelo Estipulante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda, a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

**9.4.5 Não será permitida a transferência de Segurado para plano inferior.**



**9.4.6 Não será permitida a transferência de Segurado de qualquer um dos planos constantes na cláusula 9.4.1 para qualquer um dos planos previstos na cláusula 9.4.2.**

**10. Coberturas e Benefícios Adicionais**

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Seguradora, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

**10.1** As coberturas adicionais estão descritas no Termo de Coberturas Adicionais, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os Benefícios Adicionais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais. As coberturas e benefícios quando contempladas pelo seu plano, estarão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME.

**11. Contratação do Seguro**

**11.1 Este seguro destina-se à Grupos Segurados de 03 (três) até 29 (vinte e nove) vidas.**

**11.2** O Grupo Segurável definido para este seguro são pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger ainda:

- a) os sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) os administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- d) estagiários e menores aprendizes;

**11.3** Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), filhos naturais ou adotivos solteiros e netos, do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

**11.3.1** A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Segurado Titular.

**11.4** Todos os novos segurados que venham a fazer parte do Grupo Segurável definido na proposta de seguro deverão ser incluídos, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.

**11.5** Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora, quando da contratação, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento, quando houver.

**11.6 Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido na Proposta de Seguro.**



**11.7 A emissão do Contrato de Seguro será feita em até 10 (dez) dias da data do protocolo da Proposta de Seguro e dos documentos definidos nestas Condições Gerais, na Seguradora.**

**11.7.1** A documentação deverá ser entregue na Seguradora em até 72 (setenta e duas) horas da data da transmissão da Proposta de Seguro no sistema Cotador SulAmérica Saúde, devidamente assinada e acompanhada de todos os documentos obrigatórios.

**11.7.2** A aprovação da SulAmérica para a emissão do primeiro boleto de pagamento, formaliza a aceitação da Proposta de Seguro pela Seguradora.

**11.8 O Estipulante é responsável pelas informações prestadas na Proposta de Seguro e Cartões Proposta do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro, (artigo 766, parágrafo único):**

**“Art 766**

**Parágrafo único. “Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.**

**11.9 Contratação do Seguro por Empresário Individual**

**Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa - RN 432 de 27/12/2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou qualquer outra que venha a substituí-la, que dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual, deverão ser observadas as condições a seguir:**

**11.9.1 O empresário individual deverá ter no mínimo 6 (seis) meses de inscrição cadastral nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto a Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, de acordo com sua forma de constituição;**

**11.9.2 Para a manutenção do contrato coletivo empresarial, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição, obrigando-se a comprovar anualmente a sua legitimidade no aniversário do contrato;**

**11.9.3 Os segurados dependentes poderão ingressar no seguro saúde e devem obedecer as condições de elegibilidade estabelecida neste contrato obrigando-se ao Empresário Individual a comprovar anualmente a elegibilidade dos Segurados dependentes incluídos no seguro.**



**12. Inclusão de Segurados**

**12.1** O Segurado titular incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato ou admissão, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente e/ou o mesmo dia de vigência do Contrato, e respeitará os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado na ocasião da inclusão, e estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

**12.1.1** O Segurado dependente incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Contrato, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de dependente segurável e/ou o mesmo dia de vigência do Contrato, e respeitará os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado na ocasião da inclusão, e estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

**12.2** O Segurado titular incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato ou admissão, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do Contrato no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito à cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

**12.2.1** O Segurado dependente incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Contrato, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do Contrato no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito à cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

**12.3** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para lesões e doenças preexistentes, desde que o Segurado Titular tenha isenção ou cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nestas Condições Gerais.

**12.4** Quando o Segurado Titular estiver cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, e o recém-nascido for incluído até 30 (trinta) dias da data do seu nascimento ou adoção, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo Segurado Titular, e estará isento da cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes.

**12.5** O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade do Segurado Titular, poderá ser incluído no Contrato com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos



pelo Segurado titular adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

- 12.6** O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo Segurado Titular pai, e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.
- 12.7** O neto recém-nascido do Segurado Titular, incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do seu nascimento, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nestas Condições Gerais.
- 12.8** **O filho natural e/ou adotivo recém-nascido, o neto recém-nascido, o filho adotivo menor de 12 (doze) anos e o filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, incluído no Contrato após 30 (trinta) dias do evento que caracterizou a sua condição de dependente segurável, deverão cumprir as carências estabelecidas nestas Condições Gerais e estarão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições aqui estabelecidas.**
- 12.9** O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora, sempre que for solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a elegibilidade de todos os Segurados incluídos no Contrato.
- 13. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados:**
- a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;
  - b) Proposta de Seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar.
  - c) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo Proponente;
  - d) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
  - e) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pela Instituição de ensino, todas sob carimbo;
  - f) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, na forma de seus



atos constitutivos, ou em ambas as situações mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;

- g) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte, RNE - Registro Nacional de Estrangeiros e outros documentos que a Seguradora julgar necessários;
- h) Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes;
- i) Além de documentos que comprovem a elegibilidade dos segurados o Empresário Individual deverá apresentar documentos que comprove inscrição cadastral nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto à Receita Federal.

#### **14. Formas de Inclusão**

##### **14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro**

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no sistema da Seguradora "MECSAS" e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. Ao efetivar a solicitação da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos à Seguradora para liberação da inclusão.

##### **14.2 Movimentação Manual de Cadastro**

Quando não for possível a utilização do "MECSAS", a Empresa utilizará a movimentação manual, oportunidade na qual deverá entregar à Seguradora na ocasião da inclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Seguradora.

**14.2.1** Os cartões proposta/declaração de saúde preenchido em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.

**14.2.2** Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos cartões proposta/declaração de saúde a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão, considerando nova data para início de vigência do seguro.

#### **15. Coberturas e Procedimentos Garantidos**

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da



Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

### 15.1 Cobertura Assistencial

- 15.1.1 Cobertura de eventos e procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista caso haja indicação clínica.
- 15.1.2 As ações de Planejamento Familiar que envolvam as Atividades Educacionais, Aconselhamento e Atendimento Clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.1.3 Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- 15.1.4 Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
  - 15.1.4.1 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura.
- 15.1.5 Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- 15.1.6 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

### 15.2 Cobertura Ambulatorial

- 15.2.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina – CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- 15.2.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado.



- 15.2.3** Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento de acordo com a indicação do médico assistente.
- 15.2.4** Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.
- 15.2.5** Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, de acordo com a indicação do médico assistente.
- 15.2.6** Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.2.7** Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 15.2.8** Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- 15.2.8.1** Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- 15.2.9** Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, 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 a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum internacional – DCI, conforme definido pela Lei 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.

**15.2.10** Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**15.2.11** Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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 a época do evento.

**15.2.12** Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

**15.2.13** Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época o evento.

### **15.3 Cobertura Hospitalar**

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

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

**15.3.1.2** Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

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

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

**15.3.3.1** Definem-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado.

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

**15.3.5** Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de



medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**15.3.6** Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

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

**15.3.7.1** Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

**15.3.7.2** O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Seguradora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

**15.3.7.3** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Seguradora, de acordo com o disposto na cláusula 24, Divergências Médicas.

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

**15.3.9** Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

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

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

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

**15.3.10** Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do



evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

**15.3.11** Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar;

**15.3.11.1** Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

**15.3.12** Cobertura de 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.

**15.3.13** Cobertura dos seguintes 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, conforme cláusula 15.2.8 e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral conforme cláusula 15.2.9;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, 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 à época do evento e;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

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

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

**15.3.14.10 Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.**

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

**15.3.16** Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa.</b>
F20 a F29	<b>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.</b>
F30 e F31	<b>Transtornos do Humor.</b>
F84	<b>Transtornos globais do desenvolvimento.</b>



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

#### **15.4 Cobertura Obstétrica**

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

**15.4.1** Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

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

**15.4.2** Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

**15.4.2.1** Entende-se pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

#### **15.5 Remoção**

**15.5.1** O Segurado que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido, por via terrestre e a partir da ciência da Seguradora, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio segurado ou de seu responsável:

- a) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do plano para um Hospital referenciado do plano contratado;
- b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital referenciado do plano contratado;
- c) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado dentro da área de atuação do plano



contratado, somente deverá ser removido quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao segurado na unidade de origem;

- d) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede referenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital referenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede referenciada, conforme Resolução Normativa nº 259;
- e) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital referenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede referenciada.

**15.5.2 A remoção de Segurado que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:**

- a) Quando o segurado estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede referenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 259;
- b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada.

**16. Exclusões de Cobertura**

**Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas relacionadas a seguir:**

- 16.1 Qualquer procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, realizado fora da abrangência geográfica e da área de atuação definidas no plano contratado;**
- 16.2 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 16.3 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina - CRM;**



- 16.4 **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;**
- 16.5 **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- 16.6 **Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 16.7 **Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e Home Care, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 16.8 **Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;**
- 16.9 **Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética;**
- 16.10 **Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- 16.11 **Curativos e materiais de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio, bem como os medicamentos utilizados em atendimento ambulatorial cuja obrigatoriedade de cobertura não esteja estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;**
- 16.12 **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;**
- 16.13 **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;**
- 16.14 **Vacinas e autovacinas;**
- 16.15 **Inseminação artificial;**
- 16.16 **Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;**



- 16.17 Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários a continuidade do tratamento do Segurado;
- 16.18 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;
- 16.19 Remoções realizadas por via aérea ou marítima;
- 16.20 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país, ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 16.21 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde-da ANS, vigente à época do evento e ocorridos em regime de internação hospitalar;
- 16.22 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;
- 16.23 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
- 16.24 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;
- 16.25 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.
17. Vigência e Condições de Renovação Automática
- 17.1 O período mínimo de **vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses**, com início a partir da zero hora do dia subsequente à quitação bancária da 1ª (primeira) fatura do prêmio mensal.
- 17.2 Cumprida a vigência mínima inicial, este Contrato será renovado automaticamente por período indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, por qualquer das partes.
- 17.3 Quando este Contrato for renovado por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.



**18. Carência**

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

A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.

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

**18.1 Grupos de Carência****a) Grupo de carência 0:**

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

**b) Grupo de carência 1:**

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais, raio x simples), fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

**c) Grupo de carência 2:**

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

**d) Grupo de carência 3:**

300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo;

**e) Grupo de carência 4:**

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes de órgãos e tecidos e todos os procedimentos cirúrgicos



associados a OPME /DMI (Orteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis);

- f) Grupo de carência 5:  
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas incluindo hospital dia;

#### **19. Doenças e Lesões Preexistentes**

**Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o segurado ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde.**

- 19.1 O proponente deverá informar à Seguradora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.**
- 19.2 O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada, sem qualquer ônus.**
- 19.3 Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.**
- 19.4 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.**
- 19.5 Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.**
- 19.6 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.**
- 19.7 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.**



- 19.7.1 Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).**
- 19.8 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.**
- 19.9 Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.**
- 19.10 A Seguradora poderá oferecer CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde.**
- 19.11 A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.**
- 19.11.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à Seguradora caberá o ônus da prova.**
- 19.12 A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.**
- 19.13 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.**
- 19.14 Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.**
- 19.15 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.**
- 19.16 Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.**
- 20. Atendimentos de Urgência e Emergência**



- 20.1** A partir do início de vigência do segurado e respeitadas as carências estabelecidas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.
- 20.1.1** Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.
- 20.1.2** Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.
- 20.1.3** Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.
- 20.2** Nos casos de urgência e emergência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 20.3** Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Segurada terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 20.4** Nos casos de urgência e emergência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.
- 20.5** A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Segurados que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do Segurado para uma unidade do SUS.
- 20.6** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.



- 20.7 Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 20.8 Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Seguradora deste ônus.
- 20.9 Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do segurado para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do segurado.
- 20.10 Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Segurado, é garantida a cobertura sem restrições.
- 20.11 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada deste contrato, e tenha o Segurado desembolsado qualquer valor para atendimento, poderá solicitar o reembolso à Seguradora, desde que o atendimento tenha ocorrido dentro da abrangência geográfica do plano contratado. O valor a ser reembolsado não será inferior ao praticado pela Seguradora junto a Rede Referenciada e, não há obrigatoriedade de ser integral, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.
- 20.11.1 Os documentos para a solicitação do reembolso de que trata a cláusula anterior deverão ser entregues na SulAmérica em local informado por meio da Central de Relacionamento Saúde ou Portal SulAmérica Saúde, os quais são: nota fiscal quitada (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada atendimento realizado com os valores individuais, nome do paciente, valor cobrado, CPF, além de relatório médico, laudos de exames e outros documentos que sejam necessários a comprovação do atendimento realizado.
- 20.11.2 Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados nas Características Essenciais dos Planos, no item reembolso.
21. **Reembolso**  
**É O PAGAMENTO TOTAL OU PARCIAL DOS PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS DESCRITOS NA CLÁUSULA DE CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DE CADA PLANO, AO SEGURADO TITULAR COMPROVADAMENTE PAGOS POR ELE E/OU POR SEUS DEPENDENTES SEGURADOS, À PROFISSIONAIS OU INSTITUIÇÕES QUE NÃO FAÇAM PARTE DA REDE REFERENCIADA.**



OS PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS SÃO DIFERENCIADOS POR PLANO, E ESTÃO DESCRITOS NA CLÁUSULA DE CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE CADA PLANO.

**22. Rede Referenciada**

**22.1** A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, disponibilizados pela Seguradora aos Segurados, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

**22.2** A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente seguro.

**22.3** Nestas situações, o segurado não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas às condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia e o plano contratado.

**22.4** As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada.

**22.5** A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.

**22.5.1** A relação contendo toda movimentação da rede referenciada estará disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br), e na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

**22.6** Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.

**22.7** Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável à apresentação do Cartão SulAmérica Saúde seja a via física ou o cartão virtual, documento de identidade e validação prévia de procedimentos, quando necessária.

**22.8** A relação da rede referenciada será disponibilizada por meio do website [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br), ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

**22.9** O Segurado, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede referenciada, deverá contatar a Seguradora para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Segurado, previstos na Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**22.10** Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede referenciada da SulAmérica no município de demanda do Segurado, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 259 da ANS.

### **23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP**

**23.1** Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia, a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

#### **23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.**

#### **23.1.2 Remoções.**

#### **23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.**

a) **Serviços auxiliares de diagnose**, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não).

b) **Serviços auxiliares de terapia**, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

**23.1.4 Serviços ambulatoriais**, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

**23.2** Na Validação Prévia de Procedimentos para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia de procedimentos deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Seguradora.

**23.3** Para análise adequada da validação prévia de procedimentos, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.



**24. Divergências Médicas**

As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços cobertos pelo plano contratado serão resolvidas por junta médica, nos termos da legislação da ANS, vigente à época do evento.

**24.1** As divergências e dúvidas de natureza médica sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto serão solucionadas por meio de realização de junta médica. A junta médica será formada por três profissionais: o médico assistente, o médico da Seguradora e o médico desempatador.

**24.2** O médico assistente e o médico da Seguradora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do médico desempatador, sendo que o parecer do médico desempatador será acatado para fins de cobertura.

**24.2.1** O médico desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento em questão, de acordo com o Conselho Federal de Medicina – CFM.

**24.3** A Seguradora deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

**24.4** No caso de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS deverão ser observadas as seguintes disposições:

**24.4.1** Caberá ao médico assistente determinar as características das órteses, próteses e dos materiais especiais necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

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

**24.5** A junta médica deve ser composta somente por médicos. Poderá integrar como desempatador um médico, se convidado, em comum acordo entre médico assistente e o médico da Seguradora, para opinar em assuntos de sua competência.

**24.6** A Seguradora deverá notificar, simultaneamente, o médico assistente e o Segurado, ou seu representante legal. A notificação deverá conter:

- a) a identificação do médico da Seguradora responsável pela avaliação do caso;
- b) os motivos da divergência técnico-assistencial;
- c) a indicação de quatro médicos para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;
- d) o prazo para a manifestação do médico assistente;



- e) a informação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do médico assistente quanto à indicação do médico desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Seguradora, dentre os indicados, do médico desempatador;
- f) a informação de que o Segurado ou médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;
- g) a informação de que a ausência não comunicada do Segurado, no caso de junta presencial, desobriga a Seguradora de cobrir o procedimento solicitado.

**24.7** O médico assistente tem o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 24.6 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da Seguradora que motivou a divergência técnico-assistencial.

**24.8** A junta deverá ser concluída com a elaboração de parecer técnico do médico desempatador, devendo tal parecer ser informado pela Seguradora em até 02 (dois) dias úteis ao Segurado e ao profissional assistente.

**24.9** Caso a indicação do parecer conclusivo seja pela não realização do procedimento, não restará caracterizada a negativa de cobertura assistencial indevida por parte da Seguradora.

## **25. Coparticipação**

**25.1** O Estipulante poderá optar por planos com coparticipação financeira do Segurado. As condições e regras de coparticipação estão descritas nas Características Essenciais dos Planos com Coparticipação.

## **26. Prêmio Mensal**

**26.1** A formação do preço deste Contrato é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

**26.2** A responsabilidade pelo pagamento total do prêmio será do Estipulante, salvo os segurados mantidos no Contrato pela previsão dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656 de 1.998.

**26.3** O Estipulante obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, por meio de emissão de faturas.

**26.4** A data do vencimento dos prêmios mensais será correspondente ao dia subsequente em que ocorreu a primeira quitação bancária. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.



- 26.5** O valor mensal per capita e acertos de valores decorrentes de alterações de planos, de inclusões e exclusões de Segurados serão cobrados na fatura mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.
- 26.6** Se o Estipulante não receber a fatura mensal que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-la diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 26.7** Não haverá distinção quanto ao valor do prêmio entre os Segurados que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a este já vinculados.
- 26.8** Os prêmios serão pagos até seus respectivos vencimentos. Ocorrendo impontualidade no pagamento do prêmio, será cobrada multa de 2%, além de juros e correção monetária.
- 26.9** O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do Contrato a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.
- 26.10** O direito às coberturas deste Contrato será readquirido mediante identificação do pagamento do prêmio em atraso através da compensação bancária ou ainda pela apresentação do comprovante de pagamento junto à Seguradora.
- 26.11** O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 60 (sessenta) dias resultará no cancelamento do Contrato e na cobrança de eventuais prêmios vencidos **até a data do efetivo cancelamento**, exceto nos casos em que o Estipulante solicitou o cancelamento do Contrato com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.
- 26.12** O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.
- 26.13** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.
- 27. Reajuste do Prêmio do Seguro**  
**De acordo com a Resolução Normativa – RN 309, de 24/10/2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os Contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) vidas, serão agrupados e o percentual de reajuste será único para todos, independentemente do plano contratado.**  
**O reajuste anual será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente. Os critérios para o cálculo do percentual de reajuste estão definidos nas cláusulas a seguir:**
- 27.1 Reajuste para Contratos com até 29 (vinte e nove) vidas**  
Caso a Empresa Contratante, na data da apuração, ou seja, na data de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, possua até 29 (vinte e nove)



Segurados, seu reajuste será calculado considerando todo o grupo de empresas na mesma condição e o percentual de reajuste apurado será aplicado igualmente para todo o grupo, independente do plano contratado.

**27.1.1 Apuração da quantidade de vidas**

As Empresas Contratantes terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de vidas o mês de assinatura do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste.

**27.1.2 Cálculo do Percentual de Reajuste Único**

Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente com base no Percentual de Reajuste Único – PRU, composto pelos critérios abaixo, independentemente do reajuste aplicado automaticamente quando da mudança de faixa etária.

**27.1.3 Reajuste Financeiro do Prêmio**

O prêmio será reajustado com base na **Varição dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas, e coberturas adicionais.

**27.1.3.1** A **VCMH**, que poderá ser ponderada por plano, região e sexo, é calculada por meio da variação do custo do sinistro per capita anual de dois períodos consecutivos compreendidos de março a fevereiro, considerando os sinistros pagos dos contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, sendo o último período imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data de referência o mês de maio do ano de início do ciclo de aplicação de reajuste.

**27.1.3.2** Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

**27.1.3.3** A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no Índice de **Varição dos Custos Médicos Hospitalares - ICMH**.

**27.1.4 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade**

**27.1.4.1** O prêmio do seguro será reajustado sempre que o Índice de Reajuste de **Sinistralidade - IRS** apurado no agrupamento estiver acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos).



- 27.1.4.2** Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa - RN 309, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 27.1.1.
- 27.1.4.3** Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de reajuste.
- 27.1.4.4** Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.
- 27.1.4.5** Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.
- 27.1.4.6** Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula para compor o **Percentual de Reajuste Único – PRU**.

$$\text{IRS} = \left[ \frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

Em que:

**IRS** = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

$\sum$  **Sinistros** = Soma dos sinistros pagos dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de aplicação do reajuste.

Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses



contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

$\Sigma$  **Prêmios** = Soma dos prêmios pagos líquidos de impostos e comissões dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data de referência o mês de maio do ano do início do ciclo de aplicação do reajuste.

**0,65**= Índice Máximo de Sinistralidade.

#### 27.1.5 Percentual de Reajuste Único - PRU

Desta forma, o PRU será obtido considerando a composição dos resultados encontrados pelas seguintes fórmulas:

**27.1.5.1** Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que foram considerados no agrupamento, sendo:

$$\text{PRU} = \left[ (\text{IVCMH} * \text{IRS}) - 1 \right] * 100$$

Em que:

**PRU** = Percentual de Reajuste Único;

**IVCMH** = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

**IRS** = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

#### 27.1.6 Aplicação do Percentual de Reajuste Único

O PRU (Percentual de Reajuste Único) será o máximo a ser aplicado ao prêmio mensal dos contratos que fizerem parte do agrupamento, entre os meses de maio de um ano a abril do ano seguinte, respeitada a data de aniversário dos contratos e ou o intervalo de 12 (doze) meses do último reajuste.

#### 27.1.7 Comunicação do Percentual de Reajuste Único

O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no Portal Sul América Saúde Online, área logada, e será informado se a Empresa Contratante integrou o agrupamento de contratos, além de comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

### 27.2 Reajuste para Contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas

Serão considerados todos os contratos **exclusivamente do produto SulAmérica Saúde PME** que contemplem mais de 29 (vinte e nove vidas), e os critérios para o reajuste estão definidos a seguir.



**27.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio**

O prêmio será reajustado com base na **Varição dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas, e coberturas adicionais.

**27.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade**

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurado no grupo de empresas estiver **acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos)**.

- a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração;
- b) Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos;
- c) Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência;
- d) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago;
- e) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula abaixo para compor o percentual de reajuste.

$$\text{IRS} = \left[ \frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

Em que:

**IRS** = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

$\sum$  **Sinistros** = Soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

$\sum$  **Prêmios** = Soma dos prêmios pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

**0,65**= Índice Máximo de Sinistralidade.

**27.2.3. Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que contemplem mais de 29 vidas**

$$R = \left[ ( \text{IVCMH} * \text{IRS} ) - 1 \right] * 100$$



Em que:

**R = Reajuste**

**IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;**

**IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento. Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 na aplicação da fórmula.**

**27.2.4** A comunicação do reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS será realizada no prazo estabelecido nas normas regulatórias.

## **28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária**

**28.1** O valor do prêmio mensal será adequado quando os Segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária sobre o valor do último prêmio individual. A adequação do prêmio ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do Segurado.

**28.2** Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63, Artigo 3º, Incisos I e II, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e estão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME.

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

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

**28.2.3** As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

**28.2.4** A readequação por mudança de faixa etária não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN 195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## **29. Extensão de Cobertura Assistencial para Demitidos e Aposentados**

A extensão de cobertura assistencial é o direito de manutenção da condição de Segurado para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham contribuído com o seguro nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

### **29.1 Ex-empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa**

**29.1.1** Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.



- 29.1.2** O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o seguro-saúde, na vigência da Lei nº 9656/98, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 29.1.3** Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento do desligamento ou exoneração, sem justa causa, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 30 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro-saúde.
- 29.1.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- a) Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
  - b) É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 29.1.5** Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a condição de Segurados deste seguro-saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 29.1.6** O direito de manutenção, assegurado no seguro saúde para ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
- 29.1.7** A condição de Segurado, do ex-empregado, demitido ou exonerado, sem justa causa, deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego, cancelamento do seguro pelo Estipulante, inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato tanto pelo Estipulante quanto pelo Segurado ou pelo decurso do prazo previsto na cláusula 29.1.2.
- 29.1.8** A manutenção da condição de Segurado no mesmo seguro-saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, reajuste, preço, faixa etária e coparticipação existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

## **29.2 Ex-empregado Aposentado**

- 29.2.1** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de segurado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.



- 29.2.2** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro-saúde, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.
- 29.2.3** Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro-saúde.
- 29.2.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- a) Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado aposentado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
- b) É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 29.2.5** Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a sua condição de Segurados deste seguro saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 29.2.6** Ao aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, e veio a falecer antes de exercido o direito ao benefício, é garantido aos dependentes inscritos no seguro saúde, a manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 29.2.7** O direito de manutenção assegurado no seguro saúde, ao aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
- 29.2.8** A manutenção da condição de Segurado no mesmo seguro saúde em que se encontrava quando da aposentadoria, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, de reajuste, preço, faixa etária e coparticipação existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

### **29.3 Da Mudança de Operadora**

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



Esta condição somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual, que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

**29.3.2** Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma Operadora contratada para disponibilizar plano de saúde aos empregados ativos.

#### **29.4 Da Sucessão de Empresa Empregadora**

A contribuição do empregado no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

#### **29.5 Comunicação ao Segurado**

Será de inteira responsabilidade do Estipulante, oferecer a Extensão de Cobertura do seguro-saúde ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado, que contribuíram a qualquer tempo com o benefício, de acordo com os critérios definidos neste documento e na Cartilha de Extensão de Benefício do Seguro Empresarial aos Segurados Contributários Demitidos ou Exonerados Sem Justa Causa e/ou Aposentados. Esta Cartilha está disponibilizada no Portal SulAmérica Saúde ([www.sulamerica.com.br/saudeonline](http://www.sulamerica.com.br/saudeonline)), módulo Empresa.

**29.5.1** O Estipulante também deverá comunicar os dependentes do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer, antes de ter exercido o benefício, o direito à manutenção do seguro-saúde, desde que continuem pagando integralmente o prêmio mensal.

**29.5.2** O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, o aposentado e/ou os seus dependentes, nos casos descritos na cláusula anterior, poderão optar pela manutenção da condição de Segurado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Estipulante, formalizada no ato da rescisão contratual ou da data do óbito do aposentado.

**29.5.2.1** A contagem do prazo de 30 (trinta) dias, somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, sobre a opção de manutenção da condição de Segurado, em equivalência àquelas que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.



**29.5.3** O valor do prêmio a ser pago pelo ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado ou dependentes do aposentado falecido, deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações, disponibilizada aos Segurados, quando da contratação do seguro.

**29.5.4** A SulAmérica disponibilizará no Portal SulAmérica Saúde Online, nos módulos Empresa e Segurado, o valor correspondente ao custo por faixa etária, mesmo que haja financiamento do Estipulante, conforme determina a Resolução Normativa nº 279/11.

## **29.6 Responsabilidades do Estipulante**

**29.6.1** O Estipulante é responsável pelo oferecimento da Extensão de Cobertura Assistencial ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, nos termos destas Condições Gerais.

**29.6.2** O Estipulante deverá informar à Seguradora, no ato da exclusão de qualquer Segurado, por meio de formulário os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 279/11, os quais são:

- a) Se o Segurado foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o Segurado demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa nº 279/11, que trata do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;
- c) Se o Segurado contribuía para o pagamento do seguro-saúde;
- d) Por quanto tempo o Segurado contribuiu para o pagamento do seguro-saúde; e
- e) Se o ex-empregado ou aposentado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

**29.6.2.1** A exclusão será aceita pela Seguradora, sendo de responsabilidade do Estipulante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Segurado, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 279/11 conforme cláusula anterior.

**29.6.2.2** A Seguradora disponibiliza formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, sendo obrigatório o envio deste documento devidamente preenchido, para que a exclusão seja processada, quando o ex-empregado contribuiu a qualquer tempo com o seguro saúde, nesta Seguradora ou em Operadora anterior e optou pela extensão do benefício, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.



**29.6.3** O Estipulante deverá comunicar, por escrito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias após o desligamento, a opção do Segurado pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:

- a) Formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, definido pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, disponibilizado no Portal SulAmérica Saúde Online ([www.sulamerica.com.br/saudeonline](http://www.sulamerica.com.br/saudeonline));
- b) Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;
- c) Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria;
- d) Se aposentado falecido, Concessão de Aposentadoria e Certidão de Óbito.

**29.7** O Estipulante, neste ato, responsabiliza-se, por quaisquer reclamações ou outros procedimentos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser propostos, a qualquer tempo, por seus Segurados contra a Seguradora, relacionados à incorreção das informações prestadas, pela Estipulante, no formulário ou meio eletrônico, para a exclusão e/ou transferência de Segurados, bem como, por irregularidade na correspondente documentação.

## **29.8 Disposições Gerais**

**29.8.1** É permitido ao empregador subsidiar o seguro-saúde ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos Segurados.

**29.8.2** A cobrança direta do prêmio ao ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa ou aposentado, quando da extensão do benefício, em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela Seguradora, desde que por conta e ordem do Estipulante.

**29.8.3** Mesmo que haja acordo entre a Seguradora e o Estipulante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Estipulante, os Segurados continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração de sinistralidade na carteira de pequenas e médias empresas – PME.

**29.8.4** Quando houver cancelamento do benefício, o Segurado poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Seguradora, sob o registro nº 006246, esteja comercializando produto individual na ocasião.

**29.8.5** O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências conforme previsto nas Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



**30. Exclusão do Segurado****30.1 A Seguradora efetuará a exclusão do Segurado titular nas seguintes situações:**

- a) Após cientificação pelo Estipulante, nos termos da legislação vigente, sobre a solicitação do Segurado Titular;
- b) Por solicitação do Estipulante por resguardado o direito de Extensão de Cobertura Assistencial previsto na legislação vigente, nos casos de término de vínculo empregatício, sendo de inteira responsabilidade de o Estipulante informar à Seguradora sobre a extinção do vínculo do Segurado Titular;
- c) Por solicitação do próprio Segurado titular, sem a anuência do Estipulante, nos termos da regulação vigente;
- d) Devido ao Cancelamento do Seguro por qualquer das Partes;
- e) Em caso de morte do Segurado Titular. A exclusão do Segurado deverá ser comunicada pelo Estipulante em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de prêmio;
- f) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados;
- g) Por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento;
- h) Cancelamento do Seguro pelo Estipulante.

**30.2 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:**

- a) Perda da condição de dependência definida neste Contrato;
- b) Exclusão do Segurado Titular;
- c) Por solicitação do Segurado Titular, nos termos da legislação vigente;
- d) Devido ao Cancelamento do Seguro por qualquer das Partes.

**30.3 Formas de Exclusão****30.3.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro**

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no sistema da Seguradora "MECSAS" e através das informações fornecidas serão



definidas de forma automática o fim de vigência, sendo obrigatório o envio de documentos que comprovem a perda do vínculo com o Estipulante para que a exclusão seja processada.

### **30.3.2 Movimentação Manual de Cadastro**

A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário de exclusão fornecido pela Seguradora, denominado Manutenção de Beneficiário e o Termo de Opção e Transferência do Segurado, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa. O fim de vigência será o último dia do mês de competência da data da contratação do seguro com base no protocolo de entrega na Seguradora.

## **31. Cancelamento do Contrato**

### **31.1 Cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante**

**31.1.1 O cancelamento imotivado do Contrato por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após os 12 (doze) meses de contrato e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.**

### **31.2 Cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora**

**31.2.1 O cancelamento imotivado do Contrato por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, exclusivamente quando contratado por Empresário Individual somente poderá ocorrer na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com 60 (sessenta) dias e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período, obrigando-se a Seguradora apresentar as razões da rescisão no ato da comunicação.**

### **31.3 Cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora**

**31.3.1 O Contrato estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento inclusive para o Empresário Individual por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, nas seguintes situações:**

- a) Quando por critérios técnicos-atuariais a manutenção do Grupo Segurado tornar-se inviável, a Seguradora comunicará ao Estipulante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;**
- b) Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 3 (três) vidas;**
- c) Inadimplência superior a 60 (sessenta) dias;**



- d) Quando o Estipulante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Seguro ou no Cartão Proposta/Declaração de Saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;
- e) Quando for identificado pela Seguradora, infrações, fraudes comprovadas, indícios de fraudes ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.
- f) Quando for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante.
- g) Por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no Contrato ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento.

**31.3.2 O Contrato quando celebrado por empresário individual estará sujeito ao cancelamento por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, na seguinte situação:**

- a) Quando verificada a sua ilegitimidade, ou seja, a não conservação da inscrição nos órgãos competentes e regularidade junto à Receita Federal, bem como a inelegibilidade dos Segurados dependentes, a Seguradora notificará o Empresário Individual com antecedência de 60 (sessenta) dias, e poderá rescindir o contrato caso não seja comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, bem como a elegibilidade dos Segurados Dependentes.

**31.4 Cancelamento do Contrato antes do período inicial de 12 (doze) meses.**

**31.4.1 O Estipulante somente poderá solicitar o cancelamento de seu Contrato antes de completado o período de 12 (doze) meses da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, conforme descrito no item f da cláusula 31.3.1, devendo comunicar a Seguradora por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, período este em que deverá ocorrer o pagamento dos prêmios mensais, todavia, exclusivamente nesta situação, não haverá cobrança do prêmio complementar previsto na cláusula 31.4.2.**

**31.4.2 Nos casos em que o Estipulante solicitar o cancelamento do Contrato antes de completar o prazo de 12 (doze) meses da contratação, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 31.3.1, deverá comunicar à Seguradora com no mínimo 60 (sessenta) dias de**



antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

**31.4.2.1** O Estipulante, no caso de cancelamento do Contrato antes de completar o prazo de 12 (doze) meses da contratação deverá pagar também prêmio complementar, equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas já emitidas durante o período em que o Contrato esteve ativo.

**31.4.3** O prêmio complementar também será cobrado nos casos em que a Seguradora cancelar o Contrato pelos motivos definidos na cláusula 31.3.1, além da cobrança dos prêmios vencidos, adotando-se o mesmo parâmetro definido no item 31.4.2.1 acima para cálculo do valor a ser pago.

**31.4.4** O pagamento da fatura correspondente ao prêmio complementar, deverá ocorrer até a data de vencimento indicada na fatura, sendo que em caso de atraso haverá incidência de multa, juros e correção monetária, conforme previsto na cláusula 26 de Prêmio Mensal.

## **32. Disposições Gerais**

**32.1** Fazem parte destas Condições Gerais, todos os formulários para inclusão e exclusão do Segurado, Carta de Orientação ao Segurado, Declaração de Saúde, Cartões SulAmérica Saúde, Guia Prático do Segurado, Proposta de Seguro, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual.

**32.2** Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais, a entrega do Manual de Orientação para Contratação – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:

- a)** entregar ao Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no seguro;
- b)** entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
- c)** disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

**32.3** O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

**32.4** A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio do website [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br), com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e



Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

- 32.5** O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde nos casos de desligamento dos Segurados ou imediatamente após o cancelamento do seguro.
- 32.6** O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.
- 32.7** O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.
- 32.7.1** Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:
- 32.7.1.1** O Estipulante do contrato será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.
- 32.7.1.2** A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Estipulante.
- 32.8** **O Estipulante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais ou administrativos movidos por seus Beneficiários, relativos ao seguro saúde objeto da presente avença, incluindo-se inclusive os valores de eventuais procedimentos não cobertos que seja a Seguradora obrigada a arcar, obrigando-se o Estipulante a ressarcir a Seguradora, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Beneficiários Titulares principais e/ou dependentes.**
- 32.8.1** O Estipulante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Seguradora.
- 32.8.2** O Estipulante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Seguradora, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Seguradora for demandada.
- 32.9** O Estipulante se compromete no caso de cancelamento do seguro saúde junto à Seguradora e realização de nova contratação com objeto similar ao do presente contrato junto a outra Operadora de seguro saúde, a transferir, integralmente, a massa de Segurados e respectivos dependentes, com todos



os seus direitos e obrigações, Segurados autores de ações, com ou sem deferimento de liminares judiciais, bem como os Segurados na condição de demitidos e aposentados, ressarcindo à Seguradora, de imediato, na íntegra, todas as despesas ocorridas com os respectivos Segurados nestas situações, em face de eventual impossibilidade de efetivação da transferência, bem como com todas as despesas e ônus decorrentes de eventuais ações judiciais e ou administrativas propostas por Segurados e respectivos dependentes que impeçam a transferência destes ao novo seguro saúde contratado e/ou imponham à Seguradora o custeio de procedimentos após o final de vigência do contrato.

### 32.10. Responsabilidade Sócio Empresarial. O Estipulante declara que:

- a) Leu concorda e cumpre com a Cláusula de Responsabilidade Sócio-Ambiental da Seguradora, disponível por meio do link [http://www.sulamerica.com.br/sustentabilidade/clausuladesustentabilidad\\_e\\_sulamerica\\_060814.pdf](http://www.sulamerica.com.br/sustentabilidade/clausuladesustentabilidad_e_sulamerica_060814.pdf), e com a Política de Anticorrupção da Seguradora e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do link [http://ri.sulamerica.com.br/static/ptb/politicas.asp? E](http://ri.sulamerica.com.br/static/ptb/politicas.asp?E);
- b) Não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada em [www.ifc.org](http://www.ifc.org) (por meio do link “IFC Sustainability Framework/IFC Exclusion List”).

### 33. Remissão do Pagamento dos Prêmios

#### 33.1 Objeto

Garantia aos Dependentes Remidos da continuidade no Seguro Saúde contratado pelo prazo de 2 (dois) anos, desobrigados do pagamento dos Prêmios, em decorrência do falecimento do Segurado Titular.

#### 33.2 Dependentes Remidos

**33.2.1** Serão considerados como dependentes remidos do Segurado titular, exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos e netos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, incluídos no seguro até o dia anterior ao falecimento do Segurado Titular.

**33.2.2 Não será admitida a inclusão de novos Segurados durante o período de Remissão do Pagamento dos Prêmios.**

#### 33.3 Carência

O direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios será adquirido **após 180 (cento e oitenta) dias da data de início de vigência do Segurado**, exceto quando o falecimento for decorrente de Acidente Pessoal devidamente comprovado.



**33.4 Direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios**

A Remissão do Pagamento dos Prêmios somente entrará em vigor se:

- a) O falecimento do Segurado Titular ocorrer durante a vigência do seguro;
- b) O falecimento do Segurado Titular for decorrente de evento coberto pelo seguro contratado;
- c) O falecimento do Segurado Titular não for causado por Doença ou Lesão Preexistente, ainda que submetida a cobertura parcial temporária - CPT;
- d) O Segurado Titular tiver cumprido o prazo de carência previsto no seguro contratado para o evento causador de sua morte;
- e) Existir vínculo com o Estipulante na data do falecimento;
- f) Todos os prêmios mensais anteriores à data do falecimento do Segurado Titular estiverem quitados.

**33.5 Comunicação à Seguradora**

**O Estipulante deverá comunicar o falecimento do Segurado Titular à Seguradora por escrito, em até 30 (trinta) dias da data do fato, anexando cópia da Certidão de Óbito, caso contrário, os dependentes perderão o direito a remissão.**

**33.6 Início de Vigência**

O início de vigência da Remissão do Pagamento dos Prêmios será sempre o 1º (primeiro) dia do mês subsequente da comunicação formal à Seguradora do falecimento do Segurado Titular.

**33.7 Cancelamento da Remissão do Pagamento dos Prêmios**

**A Remissão do Pagamento dos Prêmios estará automaticamente cancelada, independente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:**

- a) Perda da condição de Dependente Remido;
- b) Decorridos os 02 (dois) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;
- c) Constatação de infrações ou fraudes praticadas por qualquer Segurado Remido;
- d) Cancelamento do contrato principal de Seguro Saúde ao qual se vinculam os Segurados Remidos.

**34. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro**

O Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica – MECSAS, é um sistema disponibilizado pela Seguradora para utilização de Corretores e Clientes (Pessoa Jurídica) de forma que possam transmitir eletronicamente as solicitações de suas



movimentações cadastrais como inclusões, exclusões, alterações, transferências e reaberturas, em ambiente de internet.

**34.1** O Estipulante poderá optar pela utilização da ferramenta e deverá assinalar esta opção na proposta de seguro, estabelecendo inclusive se a manutenção será feita pelo próprio ou pelo Corretor Nomeado.

**35.1.1** A opção assinalada pelo Estipulante na proposta de seguro indica o aceite do Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS conforme descrito a seguir:

### **34.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS**

**34.2.1** A Estipulante ou Administradora de Benefícios, doravante, denominada Contratante ou a Corretora, por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente e de acordo de que a aplicação fornecida pela Contratada, Sul América Companhia de Seguro Saúde, sem ônus de custo de implantação e gratuito, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica - MECSAS, deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Contratada.

**34.2.2** O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais do contrato em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo - as movimentações disponíveis no cadastro de segurados e através do recurso Importar Lote.

- a) Inclusões;
- b) Exclusões;
- c) Alteração de Sexo;
- d) Alteração de Nome;
- e) Alteração de Data de Nascimento;
- f) Transferência para Condição de Remido\*;
- g) Atualização de Dados Cadastrais;
- h) Alteração de Dados Bancários;
- i) Alteração de Plano;
- j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado\*\*;
- k) Transferência de Empresas;
- l) Reabertura de Matrícula;
- m) Correção de CPF.



- \* Para empresas que possuam cláusula de remissão.
- \*\* Para Beneficiários que contribuem ou contribuíram para o plano, de acordo com os Art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

**34.2.3** As movimentações não enquadradas nas regras do Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), devem ser encaminhadas à Seguradora, por meio de formulários próprios, preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

### **34.3 Requisitos Técnicos**

A aplicação MECSAS deve ser acessada com os navegadores Google Chrome 20 ou superior, Internet Explorer 8 ou superior, Firefox 12 ou superior e Safari 5.0 ou superior. Ao acessar o MECSAS a Contratante ou Corretor Nomeado aceita implicitamente os termos e condições deste termo, bem como que conhece a aplicação MECSAS e a utiliza sob a sua própria responsabilidade. A Contratada reserva-se o direito de atualizar e modificar este Termo e quaisquer documentos de referência anexos se for o caso.

### **34.4 Direitos do Autor**

**34.4.1** A Contratada é a única proprietária dos direitos de autor do software MECSAS.

**34.4.2** A Contratada é a única proprietária do nome comercial, dos direitos de autor e dos direitos de distribuição do MECSAS. Os direitos de autor incluem o aspecto e o estilo do software MECSAS. Este Termo é uma licença para utilizar o MECSAS e não supõe uma cedência de propriedade dos direitos do referido programa.

**34.4.3** A Contratante e seus usuários, não podem alterar, desestruturar, desmontar ou descompilar o MECSAS, e isto também se refere à utilização de qualquer tecnologia atual ou futura aplicada ao mesmo.

**34.4.4** O descumprimento de qualquer dos termos e condições desta Licença será interpretado como um descumprimento deste Termo.

### **34.5 Garantias e responsabilidades**

**34.5.1** O MECSAS deve ser utilizado de acordo com os termos e condições do presente documento. A Contratada não será responsável por quaisquer danos produzidos por uma utilização do MECSAS contrária a esta licença de software.

Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o software. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.



- 34.5.2** A Contratada expressa que esta licença para utilizar o MECSAS não infringe nenhum contrato prévio ou legislação atual.
- 34.5.3** A Contratada garante que o MECSAS não é um programa espião ou de publicidade. A Contratada também garante que o MECSAS não mostra anúncios emergentes nem recompila dados pessoais dos utilizadores.
- 34.5.4** A Contratada não garante a disponibilidade, a continuidade nem o funcionamento no acesso ao MECSAS. Portanto, na medida em que a legislação o permita, esta garantia não inclui os danos surgidos da falta de disponibilidade ou funcionamento interrompido do MECSAS e quaisquer serviços que este possibilite, devendo o Contratante utilizar-se de outro meio de envio das informações e movimentações de seus beneficiários.
- 34.5.5** A Contratada não assume responsabilidade em caso de circunstância imprevisível ou de força maior na funcionalidade da aplicação MECSAS. Além disso, a Contratada não será responsável de quaisquer causas fora do controle razoável, como vírus e interferências de terceiros.
- 34.5.6** O Contratante afirma ter conhecimento de que os dados informados e transmitidos via MECSAS são inteiramente de sua responsabilidade quanto à sua legitimidade e veracidade.
- 34.5.7** A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará, periodicamente, todas as movimentações realizadas, com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.
- 34.5.8** Após o preenchimento dos dados dos segurados (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade da Contratante ou da Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada, para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade Relatórios/ Consultar Movimentações que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.
- 34.5.9** A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
- 34.5.10** A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive,



pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.

**34.5.11** Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo, nestes casos, o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.

**34.5.12** Havendo substituição ou desligamento do usuário master, a Contratada deverá receber notificação para troca do responsável e interromper o acesso do usuário anterior.

**34.5.13** A Contratante, neste ato, responsabiliza-se, em caráter irrevogável e irrevogável, por quaisquer reclamações ou outros atos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser intentados por seus segurados contra a Contratada, a qualquer tempo, relacionados à incorreção das informações prestadas pela Contratante no MECSAS, bem como, por irregularidade na correspondente documentação, respondendo, integralmente, pelo pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos que houver.

**34.5.14** Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é de responsabilidade da Contratante a concessão do benefício de manutenção do plano de assistência à saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do segurado à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, a Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus segurados.

**34.5.15** A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:

- a) A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
- b) A manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos;
- c) A comunicar a Contratada, quando houver troca de Corretor, caso seja este o usuário do MECSAS, e enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora Nomeada.
- d) Neste ato, a declarar-se licenciada, por parte da Contratada, para o uso do aplicativo MECSAS.
- e) Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.



- f) A remover o acesso ao aplicativo do usuário que tenha sido desligado ou tenha sido transferido da função.

**34.5.16** A Contratante e a Corretora Nomeada declaram ter lido e estar de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

### **34.6 Vigência**

A vigência deste Termo tem início juntamente com a vigência do contrato. A Contratada terá direito de restringir, suspender ou rescindir este Termo pela sua própria vontade, total ou parcialmente, em qualquer momento e por qualquer motivo, sem aviso prévio ou responsabilidade. A suspensão de uso poderá ocorrer no momento em que se realize qualquer descumprimento de seus termos e condições.

### **34.7 Elegibilidade**

**34.7.1** A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº. 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº. 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa nº. 204 de 02 de outubro de 2009 determina que, a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis, previstos contratualmente, devem estar de acordo com o que determina os arts. 5º e 9º da RN nº. 195. Sendo assim, não é permitida a inclusão de segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade, previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis, nos termos da referida norma e do contrato, ensejará a exclusão automática destes e o bloqueio temporário da utilização da ferramenta, pela Contratante ou Corretora Nomeada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas, em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada, após a devida regularização do processo.

**34.7.2** A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 279/11, de 24 de novembro de 2011 determina que, as movimentações de exclusão de segurados deverão preceder de informações relativas à sua motivação, o que será feito por meio de perguntas, elencadas no artigo 11 da mencionada norma. Referidas perguntas serão incluídas no sistema MECSAS e deverão ser respondidas pela Contratante ou Corretora Nomeada.

**34.7.3** Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 279/11 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos segurados, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, a Contratante, a manter em seu poder os documentos comprobatórios da opção de manutenção do



plano de saúde, disponibilizando-os sempre que solicitado pela Contratada, conforme cláusula 34.7.4 do presente Termo.

**34.7.4** O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos segurados cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como dos aposentados - devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Segurados.

**34.7.5** Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada, seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas, junto aos órgãos de fiscalização da Contratada, devendo a Contratante fornecê-las em até 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação da Contratada.

#### **34.8 Utilização e acesso**

A Contratada oferece a opção de multiusuários, por meio da qual, cada Contratante poderá distribuir os acessos para utilização, bem como definir as permissões do(s) usuário(s) que podem ser: Consultar, Administrar Grupos, Administrar Usuários, Administrar Segurados.

**34.8.1** No momento da contratação, a Contratante deverá optar pela utilização da ferramenta MECSAS WEB na Corretora e/ou Empresa, responsabilizando-a pelas movimentações descritas na cláusula **34.2.2**.

**34.8.2** Nos casos em que houver alteração de responsabilidade de utilização da ferramenta daquela definida por ocasião da contratação, indicada na proposta de seguro, durante a vigência do seguro, a Contratante deverá formalizar à Contratada.

#### **34.9 Políticas de privacidade**

A Contratada não utiliza spam e apenas gere os dados fornecidos pelos utilizadores através de formulários eletrônicos que se encontram na WEB ou trafegados via MECSAS.

A Contratada não divulga as informações de segurados a terceiros, exceto nas solicitações judiciais ou dos órgãos reguladores.

A Contratante deve manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos.

#### **34.10 Direito e jurisdição aplicáveis**

Este termo e a utilização do MECSAS reger-se-ão totalmente de acordo com a legislação brasileira, condições gerais, normas e procedimentos e resoluções de órgãos reguladores.



Em caso de controvérsia derivada deste termo ou da utilização do MECSAS, ambas as partes acordam submeter-se à jurisdição dos juizados e tribunais da cidade de São Paulo.

### 35. Proteção de Dados Pessoais

35.1 Para os fins deste contrato, são considerados:

- a) **DADOS PESSOAIS:** qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;
- b) **DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS:** é o dado pessoal que verse sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados conjuntamente como “DADOS”;
- c) **TRATAMENTO:** qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;
- d) **CONTROLADOR:** parte que determina as finalidades e os meios de tratamento de DADOS. No caso do presente contrato, o CONTROLADOR é tanto a SULAMÉRICA quanto ao CONTRATANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES;
- e) **OPERADOR:** parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso do presente contrato, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos Controladores, respeitando-se as regras deste Anexo;
- f) **ELIMINAÇÃO:** exclusão de dado ou conjunto de DADOS armazenados física ou digitalmente nos CONTROLADORES, independentemente do procedimento empregado;



**g) ENCARREGADO PELO TRATAMENTO (DPO):** pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o CONTROLADOR, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”).

**35.2** As PARTES declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o objeto do Contrato e a sua finalidade, na forma das leis brasileiras em vigor.

**35.3** OS CONTROLADORES declaram, por este instrumento, que mantêm políticas de governança em privacidade e proteção de DADOS, com medidas de inibição de utilização indevida, planos de contingenciamento e eventual punição para casos de violações às obrigações legais e aqui estabelecidas, cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis):

- a)** a Constituição Federal;
- b)** o Código de Defesa do Consumidor;
- c)** o Código Civil;
- d)** o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016);
- e)** a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

**35.4** Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos neste Anexo, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

**35.4.1** Os CONTROLADORES deverão informar um ao outro sobre o compartilhamento de DADOS com terceiros caso o compartilhamento impacte diretamente na execução do Contrato entre os CONTROLADORES.

**35.5** Durante o armazenamento de DADOS PESSOAIS, os CONTROLADORES respeitarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança, os quais sempre deverão estar sustentados nas melhores tecnologias disponíveis no mercado:

- a)** o estabelecimento de controle restrito sobre o acesso aos DADOS mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios mínimos de acesso exclusivo para determinados responsáveis. Os acessos deverão ser revisados periodicamente;
- b)** o estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de duplo fator autenticação para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros;
- c)** o estabelecimento de uma política de senha que possua uma padronização de senha forte, com a obrigação de trocas de senhas periodicamente, impedindo a reutilização das senhas anteriores e bloqueio por tentativas sem sucesso;



- d) os ambientes onde serão tratados os DADOS deverão ser monitorados por meio de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações, contendo a data e hora, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela Empresa e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades;
- e) uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados, como encriptação;
- f) utilização de meios para proteção dos dados em repouso/armazenado;
- g) o estabelecimento de mecanismos de descarte seguro dos DADOS, eliminando a possibilidade de restauração. Esse mecanismo deverá registrar as atividades realizadas, a data e o nome completo da pessoa que a realizou;
- h) manter um inventário atualizado de todos os DADOS armazenados, processados ou transmitidos pelos sistemas, incluindo aqueles localizados no local ou em um provedor de serviços remoto.

**35.6** Os CONTROLADORES deverão manter registro escrito das seguintes informações:

- a) Registro de todos os papéis e responsabilidades pelo TRATAMENTO de DADOS definidos e atribuídos. Esse registro deverá ser revisado e atualizado periodicamente;
- b) Registro das transferências internacionais de DADOS a países terceiros, incluindo a informação sobre o país/organização de destino, e no caso das transferências indicadas no artigo 33 da Lei Geral de Proteção de Dados, a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias, quando aplicável;
- c) Registro das transferências a terceiros, incluindo toda a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias, quando aplicável;
- d) Descrição geral das medidas técnicas e organizacionais de segurança que garantam a:
  - i. Pseudoanimação e encriptação dos DADOS;
  - ii. Confidencialidade, disponibilidade, integridade e resiliência nos sistemas de TRATAMENTO de DADOS;
  - iii. Capacidade de restaurar a disponibilidade e o acesso aos DADOS de forma rápida em caso de incidente físico ou técnico; e
  - iv. Existência de processo de verificação contínua de medidas técnicas e organizacionais relativas à segurança do TRATAMENTO de DADOS.



- 35.7** Os CONTROLADORES deverão manter sigilo em relação aos DADOS que não forem manifestamente públicos, ao TRATAMENTO dos DADOS PESSOAIS e dos DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, bem como em relação ao resultado do TRATAMENTO em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a realizarem tais atividades estejam comprometidas ao dever de confidencialidade, de forma expressa e por escrito, e devidamente instruídas e capacitadas para o referido tratamento.
- 35.8** Os CONTROLADORES garantem que realizaram avaliações de risco e impacto, bem como a garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:
- a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;
  - b) Acesso aos DADOS;
  - c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;
  - d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
  - e) Portabilidade dos DADOS;
  - f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento;
  - g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de DADOS;
  - h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;
  - i) Revogação do consentimento; e
  - j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no TRATAMENTO de DADOS.
- 35.9** Caso algum TITULAR solicite o exercício de seus direitos descritos na cláusula anterior diretamente em face de qualquer um dos CONTROLADORES e o TRATAMENTO dos DADOS impactarem na execução do Contrato entre os CONTROLADORES, deverá a parte requerida comunicar tal fato à outra parte, de forma imediata (e, no limite, no dia útil seguinte).
- 35.10** Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, o CONTROLADOR que der causa ao acesso indevido, não autorizado e/ou além dos limites da autorização, a incidente, a perda de DADOS ou qualquer outro prejuízo decorrente do TRATAMENTO de DADOS PESSOAIS ou DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS será o responsável por seus atos, bem como de seus empregados, representados ou terceiros contratados perante a Autoridade Nacional de Proteção de Dados, obrigando-se o CONTROLADOR a indenizar as partes prejudicadas e a ressarcir todos os danos diretos a que comprovadamente der causa ao outro CONTROLADOR, aos TITULARES de DADOS ou a terceiros, seja em âmbito administrativo e/ou judicial, após trânsito em julgado. Não obstante o acima



disposto, nenhuma das Partes responderá à outra por danos consequentes, indiretos, punitivos, exemplares, especiais, lucros cessantes e a responsabilidade pelos danos diretos ficará limitada à média das 3 (três) últimas faturas pagas à SULAMÉRICA sob o contrato de plano de assistência à saúde.

**35.10.1** Caso a SULAMÉRICA seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente causado pelo outro CONTROLADOR ou em virtude de descumprimento das obrigações estabelecidas na Lei 13.709/2018 e outras regulamentações pertinentes, fica garantido à SULAMÉRICA o direito de denúncia da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

**35.11** Em caso de incidente, como por exemplo, de acesso indevido, não autorizado, de vazamento ou perda de dados, decorrente de TRATAMENTO que seja de responsabilidade de uma das Partes, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverá o CONTROLADOR responsável pelo referido TRATAMENTO enviar comunicação à outra Parte por escrito, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do incidente, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) data e hora do incidente;
- b) data e hora da ciência pelo CONTROLADOR responsável;
- c) relação dos tipos de DADOS afetados pelo incidente;
- d) número de TITULARES afetados;
- e) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;
- f) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;
- g) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e
- h) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

**35.11.1** Caso o CONTROLADOR responsável não disponha de todas as informações ora elencadas no momento de envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, de modo a garantir a maior celeridade possível, sendo certo que a comunicação com o máximo das informações indicadas deve ser enviada no prazo máximo de 24 horas a partir da ciência do incidente, ou outro posteriormente estipulado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

**35.11.2** Os CONTROLADORES responsabilizam-se integralmente por toda e qualquer informação fornecida ao outro CONTROLADOR em razão do incidente, respondendo, administrativa e judicialmente (civil e criminal) pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das informações prestadas observada a cláusula 35.11.



**35.11.3** Na ocorrência de incidente, além das obrigações já previstas nesta cláusula, o CONTROLADOR responsável pelo incidente se compromete a prestar toda a colaboração necessária na ocorrência de qualquer investigação ou em qualquer outra hipótese de exercício regular de direitos do outro CONTROLADOR.

Os CONTROLADORES declaram que manterão, durante toda a execução do contrato, no mínimo os padrões de segurança, de privacidade e de proteção de DADOS, aptas a proteger os DADOS pessoais de qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Os CONTROLADORES também asseguram que utilizam e continuarão utilizando as Melhores Práticas do Mercado em relação à segurança das informações que circulam em seus ambientes físicos e virtuais.

**35.12** Ao término da relação entre as partes, quando um dos CONTROLADORES assim solicitar ao outro e/ou mediante eventual solicitação do TITULAR, deverão os CONTROLADORES eliminar, corrigir, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos DADOS, em caráter definitivo ou não, que tiverem sido tratados em decorrência do contrato, estendendo-se a eventuais cópias, salvo mediante instrução diversa do outro CONTROLADOR ou em virtude de uma base legal que permita a manutenção desses DADOS.

**35.12.1** O CONTROLADOR solicitado deverá comprovar ao outro que realizou a solicitação no prazo indicado pelo CONTROLADOR solicitante ou da regulamentação, o que for menor.

**35.12.2** Caso um CONTROLADOR mantenha os DADOS após o término da relação entre as Partes, será o único responsável por eventual incidente.

**35.13** Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta seção “DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS”, o CONTROLADOR responsável por tal descumprimento deverá saná-lo no prazo de 30 (trinta) dias contados da comunicação pelo outro CONTROLADOR, sendo que, na hipótese do contrato, da lei ou da regulamentação pertinente prever prazo menor para tal ajuste, prevalecerá o menor prazo.

## **36. Glossário**

### **36.1 Abrangência Geográfica**

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado.

### **36.2 Acidente Pessoal**

Evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.



- 36.3 Assistência Domiciliar / Home Care**  
Assistência ao Segurado, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.
- 36.4 Atendimento Ambulatorial**  
Regime de atendimento médico caracterizado por não exigir complexidade da assistência hospitalar.
- 36.5 Carência**  
Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.
- 36.6 Cartão Proposta**  
Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao seguro contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.
- 36.7 Cartão SulAmérica Saúde**  
Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Segurado junto à Seguradora e Rede Referenciada.
- 36.8 Categoria Funcional**  
Conjunto de pessoas que façam parte de um mesmo cargo funcional na empresa.
- 36.9 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**  
Garantia ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.
- 36.10 Cobertura Parcial Temporária**  
Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.
- 36.11 Coparticipação**  
É a parte efetivamente paga pelo Segurado destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.
- 36.12 Corretor de Seguros**  
Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei nº 4.594/64, Decreto-lei nº 73/66 e Decreto nº 60.459/67.



**36.13 Dependentes Seguráveis**

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

**36.14 Doenças e Lesões Preexistentes**

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época de adesão ao seguro.

**36.15 Entrevista Qualificada**

É a entrevista realizada por profissional médico, disponibilizado pela Seguradora ou escolhido pelo proponente, para auxiliar no preenchimento do cartão proposta/declaração de saúde.

**36.16 Estipulante**

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos prêmios mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

**36.17 Grupo Segurado**

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

**36.18 Grupo Segurável**

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício mantido com o Estipulante. O vínculo mantido com o Estipulante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários, aprendizes e seus respectivos dependentes seguráveis, passível de aderir ao seguro.

**36.19 Hospital-Dia**

Regime de internação caracterizado pela permanência do Segurado em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo seguro.

**36.20 Internação Hospitalar**

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico:

**a) Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica.**

**b) Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária à realização de procedimento cirúrgico.**

**36.21 Leitos de Alta Tecnologia**

Destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.



**36.22 Médico Assistente**

Profissional médico, pertencente ou não à Rede Referenciada, que atende (assiste) ao Segurado e é responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica a ser aplicada.

**36.23 Planos de Seguro**

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal.

**36.24 Prêmio**

É a importância paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantia ao Grupo Segurado do direito às coberturas contratualmente estabelecidas.

**36.25 Procedimentos de Alta Complexidade**

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data de realização do evento.

**36.26 Proponente**

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

**36.27 Proposta de Seguro**

Parte integrante das Condições Gerais do Seguro Saúde Coletivo PME, é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro.

**36.28 Rede Referenciada**

Consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, disponibilizados pela Seguradora aos Segurados, para prestar atendimento médico-hospitalar.

**36.29 Reembolso**

É o pagamento total ou parcial dos procedimentos reembolsáveis descritos na cláusula de características essenciais de cada plano, ao segurado titular comprovadamente pagas por ele e/ou por seus dependentes segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da rede referenciada.

**36.30 Segurado**

Pessoa física a favor da qual o Estipulante contrata com a Seguradora o Seguro Saúde PME, sendo:

**a) Segurado Titular**

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta/Declaração de Saúde.

**b) Segurado Dependente**

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

**36.31 Sinistralidade**

Resultado da divisão do valor total dos sinistros pelo total de prêmios cobrados durante o período de apuração.

**36.32 Sinistro**

Toda despesa médico e/ou hospitalar efetuada pelo Segurado e coberta pelo seguro.

**36.33 Validação Prévia de Procedimentos - VPP**

Registro formal na Seguradora do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

**37. Foro**

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.



## Termo de Coberturas Adicionais

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, na cláusula “Coberturas e Procedimentos Garantidos”, serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas e podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

### 1. Terapias

- a) Psicomotricidade - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Segurado;
- b) Fonoaudiologia - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Segurado;
- c) Escleroterapia – até 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Segurado.

### 2. Transplantes de órgãos

Transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doador vivo;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

**3. Consulta e Fisioterapia domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano;**

**4. Cirurgia Refrativa sem limite de grau;**



**5. Check-Up**

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, sendo um por ano de vigência do contrato.

**6. Vacinas**

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

**7. Consulta ao Viajante**

Consulta médica preventiva, realizada com antecedência a viagem, na qual o Segurado recebe orientações dos cuidados que deve ter em relação a sua saúde de acordo com o seu perfil, e condições climáticas e riscos expostos no Estado ou País de destino.

**8. SulAmérica Saúde Ativa**

**8.1** A SulAmérica possui um conjunto de programas e ações de gestão com foco na promoção da saúde e bem-estar, gestão de doenças, gestão de condições de risco e gestão de casos complexos disponibilizados aos Segurados incluídos no seguro saúde.

**8.2** A participação dos Segurados se dará por meio de adesão voluntária ao programa no qual ele seja elegível em participar, de acordo com a sua condição de saúde. O segurado poderá tomar conhecimento dos programas disponíveis pelos diversos canais de comunicação da SulAmérica, incluindo o contato direto.

**8.3** As coberturas assistenciais ocorridas no âmbito do programa em que o Segurado seja participante, serão considerados como despesas médicas e comporão o cálculo de sinistro, conforme descrito na Cláusula de Reajuste.



## Caderno de Benefícios Adicionais

A SulAmérica disponibiliza os Benefícios Adicionais abaixo relacionados, que podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Estipulante.

Os Benefícios adicionais e os serviços prestados são válidos enquanto vigorarem os contratos ou acordos com as empresas que os operam. No caso de descontinuidade dos benefícios adicionais e serviços o Estipulante será comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

### 1. Orientação Médica Telefônica

Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

1.1 Nos casos de urgência e emergência, identificados durante a Orientação Médica Telefônica, poderá ser disponibilizado o atendimento no domicílio do segurado, e se necessário for, a sua remoção por via terrestre até o hospital da rede referenciada. Este benefício está disponível, exclusivamente nas capitais dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e poderá ser alterado a qualquer tempo, sem aviso prévio, pois pode variar de acordo com a Empresa Prestadora dos Serviços na ocasião da solicitação.

- a) Caso seja necessária a remoção do segurado para um hospital ou centro médico, a Central de Orientação Médica 24 horas, em conjunto com os médicos responsáveis pelo atendimento, decidirão qual hospital da rede prestará o atendimento, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro;
- b) Caso o segurado opte pela utilização de um hospital não referenciado, os gastos com o atendimento hospitalar serão de responsabilidade do segurado, podendo posteriormente solicitar o reembolso, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro;



- c) Os atendimentos hospitalares decorrentes da remoção obedecem às condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências e cobertura parcial temporária – CPT, quando houver.

**1.2 O Benefício está excluído nas seguintes situações:**

- a) **atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes;**
- b) **na manutenção dos pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, hemodiálise, exames subsidiários e consultas;**
- c) **distúrbios neurovegetativos;**
- d) **pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo.**

**2. Motorista Amigo da Saúde**

Motorista para retorno do Segurado ao seu domicílio em situações em que o mesmo esteja sem condições de dirigir, limitado a 2 (duas) solicitações por ano de vigência do seguro. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

**3. Remoção Especial**

Ambulância simples para remoção do Segurado quando este não estiver em condições de saúde para utilizar transporte comum e necessitar realizar exame / consulta, limitado a 2 (duas) utilizações por ano de vigência do seguro. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo.

**4. Serviços de Courier**

Serviço de retirada de documentos para solicitação de reembolso limitado a 24 (vinte e quatro) utilizações por ano de vigência do seguro, nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

**5. Coleta Domiciliar de Exames**

Uso exclusivo na rede referenciada, nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

**6. Concierge**

Consiste em atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas para informações e indicações de prestadores de serviços para os Segurados.

Na impossibilidade de fornecimento da informação solicitada, por motivo de força maior ou por necessidade de pesquisa específica, o Segurado será orientado a deixar um telefone de contato, para que a Central de Informações possa retornar com as informações solicitadas. O tempo de resposta será informado ao Segurado e dependerá do tipo de pesquisa a ser efetuada.

Para os serviços que envolvem custos, estes correrão por conta exclusiva do Segurado.



**Os serviços disponibilizados são:****a) Assistência para viagens**

- Indicação de Hotel;
- Orientações sobre viagem com pet;
- Indicação de agências e/ou operadoras de viagens;
- Indicação de Sala Vip em aeroportos;
- Indicações sobre documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entradas, vacinas;
- Endereços e números de telefones de Embaixadas e Consulados Brasileiros.

**b) Informações de Eventos**

- Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- Informações sobre eventos esportivos;
- Informações sobre parques e locais para a prática de esportes;
- Indicações sobre bares e restaurantes locais;
- Informações sobre shows e eventos na região;
- Informações sobre passeios turísticos na região;
- Informações sobre meios de locomoção (taxi, ônibus, metrô, etc).

**c) Indicação de Locadoras de:**

- Veículos de passeio, luxo, esportivos, especiais e limousines;
- Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;
- Helicópteros, embarcações, aviões.

**d) Indicação para compras e envio de presentes:**

- Envio de flores, balões, cestas;
- Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;
- Presentes tradicionais e originais;
- Envio de serenata, serestas;
- Telegrama animado, tele-mensagens, chuvas de pétalas.

**e) Welcome Home**

- Indicação de empresas de locação de utensílios de apoio a pacientes: camas especiais, cadeiras de rodas, etc.

**f) Indicação de Médicos Especialistas, quando em viagem ao exterior.****7. Seguro Viagem**

A Sul América Companhia de Seguro Saúde também disponibiliza, como benefício adicional aos seus Segurados, o Seguro Viagem Individual que é garantido por Seguradora regulada pela SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, e pago integralmente pela Sul América Companhia de Seguro Saúde.

**7.1** O Seguro Viagem tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao(s) seu(s) Dependente(s), conforme o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Evento Coberto ocorrido durante o Período de Cobertura, ou ainda a prestação de

serviços observadas as condições e exclusões previstas no Guia do Segurado emitido por ocasião da apólice.

**7.2** Abaixo breve descrição acerca do Seguro Viagem Individual. As coberturas, riscos excluídos, e demais características constam no Guia do Segurado que está disponível no Portal SulAmérica Saúde, que contém informações de forma clara e prática para consulta dos Segurados:

**7.3 Coberturas Garantidas**

A seguir estão relacionados todas as coberturas garantidas em viagens nacional para todos os planos e internacional somente para os planos indicados na cláusula de características essenciais dos planos destas Condições Gerais, bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional

**7.3.1 As coberturas garantidas para viagens nacionais são:**

- a) Traslado médico;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Hospedagem de acompanhante;
- d) Interrupção de viagem;
- e) Prorrogação de estadia;
- f) Retorno do segurado;
- g) Retorno de acompanhantes;
- h) Traslado de corpo.

**7.3.2 As coberturas garantidas para viagens internacionais são:**

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Despesas farmacêuticas;
- d) Despesas Jurídicas;
- e) Funeral;
- f) Hospedagem de acompanhante;
- g) Interrupção de viagem;
- h) Prorrogação de estadia;
- i) Retorno de acompanhantes;
- j) Retorno de menores;
- k) Retorno do segurado;
- l) Regresso sanitário;
- m) Traslado de corpo;
- n) Traslado médico.



**7.3.3** As descrições de cada cobertura, exclusões e seus limites estão especificados no Guia do Segurado - Seguro Viagem Individual enviado aos Segurados por ocasião da emissão da apólice.

**7.4 Poderão ser oferecidos os demais serviços:**

**a) Localização de Bagagem:**

No caso de extravio de bagagem do Segurado, regularmente despachada em voos nacionais regulares, a Empresa Prestadora de Serviço poderá auxiliar na localização junto à Companhia Aérea responsável pelo transporte.

Para tanto, é necessário que o Segurado, assim que tomar ciência do extravio de sua bagagem e antes de deixar o aeroporto, comunique o extravio à Companhia Aérea responsável, oficializando sua reclamação através de formulário próprio (P.I.R. – Property Irregularity Report).

**b) Transmissão de Mensagens Urgentes:**

Caso o Segurado esteja impossibilitado de entrar em contato diretamente com sua família por motivo de acidente ou doença e tenha de transmitir mensagem de caráter urgente, a Empresa Prestadora de Serviços encarregar-se-á desta pelo meio mais adequado.

**c) Orientação em Caso de Perda de Documentos:**

No caso de perda ou roubo de documentos indispensáveis do Segurado ao prosseguimento da viagem, a Empresa Prestadora de Serviços prestará toda a orientação e ajuda necessária, junto às embaixadas ou órgãos competentes, para obtenção de passaporte ou outras medidas a serem tomadas.

**7.4.1** Os serviços poderão variar de acordo com a viagem, e quando ofertados constarão descritos na apólice emitida.

**7.5** Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser solicitada com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque e só poderá ser emitida pelo Segurado no Brasil, antes do início de sua viagem ao exterior, e o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Serviços SulAmérica. O número do telefone consta no verso no cartão de identificação.

**7.6** O quadro de garantias, no qual consta o valor limite de cobertura para cada item constante nas cláusulas 7.3.1 e 7.3.2, consta na apólice do Seguro Viagem Individual, emitida por ocasião da solicitação do segurado.

**8. Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado.**

**8.1** A partir do início de vigência do Segurado e respeitadas as carências e cobertura parcial temporária estabelecidas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO CONTRATADO**, será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia, **EXCLUSIVAMENTE NA REDE REFERENCIADA INDICADA PELA SEGURADORA.**



**8.2** O atendimento de Urgência e Emergência fora da região de abrangência geográfica contratada, não contempla todos os Municípios e/ou Estados que poderão ser alterados a qualquer momento sem prévio aviso ao Estipulante, assim a informação prévia dos Municípios e/ou Estados na Central de Serviços SulAmérica, ou qualquer outro canal que a Seguradora disponibilize, se faz necessária. O atendimento de Urgência e Emergência fora da região de abrangência geográfica do plano contratado está disponível nos seguintes municípios: Aracajú (SE), Belém (PA), Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Campo Grande (MS), Cuiabá (MT), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), João Pessoa (PB), Macapá (AP), Maceió (AL), Manaus (AM), Natal (RN), Palmas (TO), Porto Alegre (RS), Porto Velho (ES), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), São Luis (MA), São Paulo (SP), Serra (ES), Teresina (PI).

**8.3** Relação de Hospitais com Prontos-Socorros

**8.3.1** A relação de hospitais com prontos-socorros fora da região de abrangência geográfica do plano contratado DEVERÁ SER CONSULTADA NA CENTRAL DE SERVIÇOS SULAMÉRICA, OU POR MEIO DE OUTRO CANAL QUE ESTA SEGURADORA VIER A DISPONIBILIZAR. O telefone da Central de Serviços SulAmérica consta no verso do Cartão SulAmérica Saúde físico ou virtual disponibilizado ao segurado.

**8.3.2** O telefone da Central de Serviços SulAmérica está disponível no cartão de identificação físico ou virtual disponibilizado ao Segurado.

**8.3.3** A relação de hospitais com prontos socorros já informados ao Segurado, poderá ser alterada sem prévio aviso, bem como as regiões os quais serão disponibilizados, como citado na cláusula **8.2**.

**8.4** Este benefício será oferecido por tempo indeterminado e poderá ser suspenso a qualquer momento.



# Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CAMP VCs Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 485249204

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP Vcs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de



**Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, contendo nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou



b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a



Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

- 3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US*} \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

- 3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

**4.1** A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

**4.2** Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

**4.2.1** Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP Vcs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

- a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CAMP VCs Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 485248206

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,



comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou



- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a



Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

- 3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

- 3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,



caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

##### **4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

##### **4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP Vcs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

**a)** Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CWB STc Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QC

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 485234206

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de



**Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

### **3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

## **3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

### **3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### **3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou



b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses,



respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

- 3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

- 3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

- 4.1** A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.
- 4.2** Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.
- 4.2.1** Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

#### **6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CTW STc, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais



- 6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.
- a)** Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.
- 6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CWB STc Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 485250208

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,



comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou



- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a



Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

- 3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

- 3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

- 3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

- 3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,



caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

##### **4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

##### **4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CTW STc, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto Rio II Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 483144196

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3 Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,



comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP/CRM, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou



- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a



Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

- 3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

- 3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

#### **6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

- 6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.
- 6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

#### **7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto Rio II Apartamento

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

#### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 483146192

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

#### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

#### 3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,



comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou



- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em



periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US*} \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

**5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

- 6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.
- 6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto SP BCx Quarto Coletivo

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

#### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QC

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:**483578196

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

#### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

#### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1,



solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo



conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.



**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,



caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

##### **4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

##### **4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto SP BCx Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 483580198

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1,



solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo



conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.



**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### **3.8 Múltiplo de Reembolso**

<b>Terapia não Médica</b>	<b>Múltiplo de Reembolso</b>
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

##### **4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

##### **4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Exato Quarto Coletivo Sem Coparticipação

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

#### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QC

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 473966153

**Abrangência Geográfica:** Nacional

#### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



**2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a)** diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória;
- c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para os cálculos de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela



CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	0,6	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2.** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já



**tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.**

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

**a)** Cópia do cartão de identificação;

**b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

**c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

**d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.20.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.20.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.



**3. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

**4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

**5. Coberturas Adicionais**

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

- 5.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

- 5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

- 5.3 **SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

- 6.1 **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

- 6.2 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. **Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Exato Apartamento Sem Coparticipação

**Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME**

**Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 473968150

**Abrangência Geográfica:** Nacional

### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



- 2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.
- 2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro
- 2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:
- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
  - b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
  - c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.
- 2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:
- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
  - b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
  - c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
  - d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
  - e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.



**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	1,2	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os eventos cobertos.
- 2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a) Cópia do cartão de identificação;
  - b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
    - Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
    - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
    - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
  - c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
  - d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.
- 2.20.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.
- 2.20.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.



**3. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

**4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 4.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

**5. Coberturas Adicionais**

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

- 5.1 Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

- 5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

- 5.3 SulAmérica Saúde Ativa** – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

- 6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

- 6.2 Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

- 7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Clássico Quarto Coletivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Clássico/Básico 10 Empresarial/PME Trad.15 AHO QC

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 473976151

**Abrangência Geográfica:** Nacional

### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

**2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.



**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## **2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.



## 2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

## 2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

## 2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.



**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	0,6	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2.** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.



**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

**2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

**2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

- a) Cópia do cartão de identificação;
- b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
  - Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
- c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.



**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

**4.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1** **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.2** **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo a de Coberturas Adicionais.

**5.3** **SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

### 6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico, os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1** **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.2** **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Clássico Apartamento sem Coparticipação

**Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME**

**Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Clássico Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 473972158

**Abrangência Geográfica:** Nacional

### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



**2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.



**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	1,2	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2.** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.



- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Apartamento
- 2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
- c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.
- 2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará



documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

**4.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.3 SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

### 6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.



- 6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.
- 6.2 Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Especial 100 sem Coparticipação

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

#### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Especial 100 Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 473974154

**Abrangência Geográfica:** Nacional

#### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



- 2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.
- 2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro
- 2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:
- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
  - b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
  - c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.
- 2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:
- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
  - b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
  - c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
  - d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
  - e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.



**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	3,4	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	4,7	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	6,7	3,0	5,3	1,0	3,0

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.12.1** O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

**2.12.2** A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.



- 2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.
- 2.15.2.** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.
- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.
- 2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de



exames, se necessário, a critério da Seguradora;

- c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção;
- d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

**4.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas



Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.3 SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.2 Seguro Viagem Nacional** - item 8.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

**6.3 Seguro Viagem Internacional** - item 8.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

**6.3.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**

**7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Executivo sem Coparticipação

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

#### 1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.15 AHO QP  
Acomodação Hospitalar: Apartamento  
Número do Registro na ANS: 473970151  
Abrangência Geográfica: Nacional

#### 2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



**2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.



**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
<b>R1</b>	7,5	3,0	5,3	4,0	3,0
<b>R2</b>	9,5	3,0	10,6	4,0	3,0
<b>R3</b>	12,7	4,0	12,7	4,0	4,0

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.12.1** O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

**2.12.2** A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação**



de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.**

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Executivo.

**2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

**2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

**a)** Cópia do cartão de identificação;

**b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;



- c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

**4.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para os itens a seguir conforme descrito do Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.



- 5.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.3 **SulAmérica Saúde Ativa** – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais
  
- 6. **Benefícios Adicionais**  
Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.
- 6.1 **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.
- 6.2 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 6.3 **Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais
  - 6.3.1 **A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**
  
- 7. **Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Prestige sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Prestige Empresarial/PME AHO QP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 469537132

**Abrangência Geográfica:** Nacional

### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

**2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de



reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## **2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua



utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

## **2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

## **2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

## **2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplos de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos



cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
18,0	5,0	15,0	15,0	5,0

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

- 2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2.** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.



- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Prestige.
- 2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
- c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.
- 2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará



documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

**4.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** (Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.3 Consulta e Fisioterapia domiciliar** exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.



- 5.4 Cirurgia Refrativa** sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.5 Check-Up** - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.6 Vacinas** - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.7 Consulta ao Viajante** - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.8 SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais
- 6. Carências**  
**Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:**
- a) **Grupo de carência 1:**  
**15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas e consulta ao viajante.**
- b) **Grupo de carência 2:**  
**180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado titular para check-up.**
- 7. Benefícios Adicionais**  
Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.
- 7.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.
- 7.2 Motorista Amigo da Saúde** - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.3 Remoção Especial** - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.4 Serviços de Courier** - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.5 Coleta Domiciliar de Exames** - item 5 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.6 Concierge** - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.7 Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.8 Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.
- 7.8.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.**
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



# Características Essenciais dos Planos com Coparticipação



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CAMP VCs Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC COP

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 485095205

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP Vcs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).



**3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo



conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.



**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação,



sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

##### **4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

##### **4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP VCs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto CAMP VCs</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.



- 7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.
- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CAMP VCs Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC COP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 485096203

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1,



solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo



conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.



**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

**4.1** A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

**4.2** Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

**4.2.1** Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP VCs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

**a)** Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto CAMP VCs</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.



- 7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.
- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CWB STc Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QC COP

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 484362192

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).



**3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do



prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.



**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

**4.1** A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

**4.2** Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

**4.2.1** Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CWB STs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

**a)** Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto CTW STc</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.



- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto CWB STc Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15  
AHO QP COP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 484363191

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).



**3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do



prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.



O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

**4.1** A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

**4.2** Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

**4.2.1** Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CWB STs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto CTW STc</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.



- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto Rio II Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 483148199

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3 Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).



**3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do



prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP/CRM, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.



O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

#### **6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.



**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais**

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto Rio II</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto Rio II Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QP COP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 483145194

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).



**3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do



prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.



O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

#### **6. Benefício Adicional**

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.



**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais**

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto Rio II</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto SP BCx Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME  
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QC COP

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 483581196

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).



**3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.**

**3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas**

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

**3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.**

**3.2 Documentação para solicitação de reembolso**

**3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.**

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição**

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do



prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.



O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### 3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

**3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

**4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

**4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

**5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto SP BCx</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.



- 7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.
- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Direto SP BCx Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME  
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QP COP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 483579194

**Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios

**Área de Atuação:** São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

### 2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

### 3. Reembolso

**Exclusivo em Terapias não Médicas.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

#### 3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1,



solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

### 3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

- a) Fisioterapia;
- b) Nutrição;
- c) Psicoterapia;
- d) Fonoaudiologia;
- e) Terapia Ocupacional.
- f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

## 3.2 Documentação para solicitação de reembolso

### 3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado, **contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

- a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou
- b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

### 3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

- a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo



conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

- b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

**3.3** O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**3.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**3.4.1.** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

### **3.5 Tabela SulAmérica Saúde**

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas**, e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

**3.5.1** A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) para realização download.

### **3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**3.6.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

**3.6.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

**3.6.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.



**3.6.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**3.6.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**3.7** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

### **3.8 Múltiplo de Reembolso**

<b>Terapia não Médica</b>	<b>Múltiplo de Reembolso</b>
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

**3.9** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**3.10** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**3.11** A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**3.11.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**3.11.2** O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 3.12** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 3.13** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 3.14** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

#### **4. Rede Referenciada**

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

##### **4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.**

##### **4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.**

**4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.**

#### **5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária**

- 5.1** Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentuais</b>
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%



**6. Benefícios Adicionais**

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

**6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado** - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Direto SP BCx</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 42,00
Consulta Eletiva	R\$ 21,00
Exames Complementares - A	R\$ 17,00
Exames Complementares - B	R\$ 80,00
Terapias não Médicas	R\$ 13,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.



- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Exato Quarto Coletivo com Coparticipação

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

#### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QC COP

**Acomodação Hospitalar:** Quarto Coletivo

**Número do Registro na ANS:** 473965155

**Abrangência Geográfica:** Nacional

#### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.



- 2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.
- 2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.
- 2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro
- 2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:
- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
  - b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
  - c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.
- 2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:
- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
  - b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
  - c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
  - d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;



- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## 2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

## 2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

- 2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

## 2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

- 2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

## 2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

- 2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.
- 2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.
- 2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**



**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	0,6	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**2.15.2 O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.**

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

**a)** Cópia do cartão de identificação;

**b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

**c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

**d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.20.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.



**2.20.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

### 6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.2 Seguro Viagem Nacional** – item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

### 7. Coparticipação



- 7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.
- 7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.
- 7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Exato Quarto Coletivo</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 51,00
Consulta Eletiva	R\$ 25,00
Exames Complementares – A	R\$ 21,00
Exames Complementares – B	R\$ 88,00
Terapias não Médicas	R\$ 17,00

- 7.3.1** Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).
- 7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.
- 7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.
- 7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.
- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Exato Apartamento com Coparticipação

### Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

#### Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

#### 1. Registro do Plano na ANS

**Nome do plano registrado na ANS:** Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP

**Acomodação Hospitalar:** Apartamento

**Número do Registro na ANS:** 473967151

**Abrangência Geográfica:** Nacional

#### 2. Reembolso

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.



- 2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.
- 2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.
- 2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro
- 2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:
- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
  - b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
  - c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.
- 2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:
- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
  - b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
  - c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
  - d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;



- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## 2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

## 2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

- 2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

## 2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

- 2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

## 2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

- 2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.
- 2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.
- 2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**



**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	1,2	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.**

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

**a)** Cópia do cartão de identificação;

**b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

**c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

**d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.20.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.



**2.20.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

#### 5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

#### 5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

### 6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

#### 6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

#### 6.2 Seguro Viagem Nacional - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

### 7. Coparticipação

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.



**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Exato Apartamento</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 51,00
Consulta Eletiva	R\$ 25,00
Exames Complementares - A	R\$ 21,00
Exames Complementares - B	R\$ 88,00
Terapias não Médicas	R\$ 17,00

**7.3.1** Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Clássico Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico/Básico 10 Empresarial/PME Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 473969158

**Abrangência Geográfica:** Nacional

### 2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de



reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## **2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua



utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

## **2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

## **2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

## **2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos



cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US*} \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	0,6	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

- 2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.



**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

**2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

**2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.



**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

#### 5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

#### 5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

### 6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

#### 6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

#### 6.2 Seguro Viagem Nacional – item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

### 7. Coparticipação

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.



**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Clássico Quarto Coletivo</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 51,00
Consulta Eletiva	R\$ 25,00
Exames Complementares - A	R\$ 25,00
Exames Complementares - B	R\$ 96,00
Terapias não Médicas	R\$ 17,00

**7.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Clássico Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473971150

Abrangência Geográfica: Nacional

### 2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de



reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## **2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua



utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos



cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

- 2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US*} \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	1,2	0,6	0,6

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

- 2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

- 2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

- 2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2.** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.



- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Apartamento.
- 2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
- c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.
- 2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.



**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

#### 5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

#### 5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

### 6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

#### 6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

#### 6.2 Seguro Viagem Nacional – item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

### 7. Coparticipação

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação pode sofrer alteração.



**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Clássico Apartamento</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 51,00
Consulta Eletiva	R\$ 25,00
Exames Complementares - A	R\$ 25,00
Exames Complementares - B	R\$ 96,00
Terapias não Médicas	R\$ 17,00

**7.3.1** Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Especial 100 com Coparticipação

**Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME**

**Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

**1. Registro do Plano na ANS**

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473973156

Abrangência Geográfica: Nacional

**2. Reembolso**

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



- 2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.
- 2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro
- 2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:
- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
  - b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
  - c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.
- 2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:
- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
  - b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
  - c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
  - d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
  - e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso..

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.



**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	3,4	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	4,7	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	6,7	3,0	5,3	1,0	3,0

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.12.1** O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

**2.12.2** A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.



**2.15.2. Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.**

**2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

**2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

**2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

**2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.

**2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

**2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

**2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**

**a)** Cópia do cartão de identificação;

**b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

**c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e



destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

**d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais



**6. Benefícios Adicionais**

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.2 Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

**6.3 Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.3.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.**

**7. Coparticipação**

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

**7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:**

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Especial 100</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 68,00
Consulta Eletiva	R\$ 34,00
Exames Complementares - A	R\$ 34,00
Exames Complementares - B	R\$ 112,00
Terapias não Médicas	R\$ 30,00

**7.3.1** Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.



- 7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.
- 8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Executivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

### 1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473975152

Abrangência Geográfica: Nacional

### 2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.



**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

## **2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.



## 2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

## 2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

## 2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.



**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
<b>R1</b>	7,5	3,0	5,3	4,0	3,0
<b>R2</b>	9,5	3,0	10,6	4,0	3,0
<b>R3</b>	12,7	4,0	12,7	4,0	4,0

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.12.1** O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

**2.12.2** A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2.** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já



**tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.**

- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.
- 2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
- c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.



d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

### 6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.



**6.2 Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

**6.3 Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

**6.3.1** A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

## 7. Coparticipação

**7.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

**7.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

### 7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Executivo
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 119,00
Consulta Eletiva	R\$ 59,00
Exames Complementares - A	R\$ 38,00
Exames Complementares - B	R\$ 120,00
Terapias não Médicas	R\$ 38,00

**7.3.1** Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**7.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**7.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**7.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**7.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Registro na ANS nº 006246

## Prestige com Coparticipação

**Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME**

**Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

**Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.**

### **1. Registro do Plano na ANS**

Nome do plano registrado na ANS: Prestige Empresarial/PME AHO QP COP  
Acomodação Hospitalar: Apartamento  
Número do Registro na ANS: 469529131  
Abrangência Geográfica: Nacional

### **2. Reembolso**

**2.1** O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

**2.1.1** O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

**2.2** O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

**2.3** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.



**2.4** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

**2.4.1** Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

**2.5** Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

- a)** diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b)** diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c)** partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

**2.6** Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a)** As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b)** As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c)** As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d)** As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e)** Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.



**2.7 Medicamentos e Materiais**

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

**2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.**

**2.8.1** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

**2.9 Tabela SulAmérica Saúde**

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

**2.9.1** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website [sulamerica.com.br/saudeonline](http://sulamerica.com.br/saudeonline) de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

**2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:**

**2.10.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

**2.10.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado. Os múltiplos de reembolso estão demonstrados na Tabela de Múltiplos de Reembolso, constante na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Mais.

**2.10.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

**2.10.3.1** O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela



CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

**2.10.3.2** O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

**2.11** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

\* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

\*\* Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

## 2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
18,0	5,0	15,0	15,0	5,0

\* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**2.13** O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**2.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

**2.15** A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

**2.15.1** Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

**2.15.2** O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.



- 2.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.
- 2.17** É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.
- 2.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- 2.19** Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada ao plano contratado.
- 2.19.1** O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 2.20** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
  - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
  - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;
- c)** Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- d)** Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.



**2.21.1** Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

**2.21.2** Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

### 3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

### 4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

### 5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

**5.1 Terapias** (Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.2 Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.3 Consulta e Fisioterapia domiciliar** exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.

**5.4 Cirurgia Refrativa** sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.



- 5.5 Check-Up** - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.6 Vacinas** - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 5.7 Consulta ao Viajante** - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 6. Carências**  
**Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:**
- a) **Grupo de carência 1:**  
**15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas e consulta do viajante.**
- b) **Grupo de carência 2:**  
**180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado titular para check-up.**
- 7. Benefícios Adicionais**  
Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.
- 7.1 Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.
- 7.2 Motorista Amigo da Saúde** - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.3 Remoção Especial** - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.4 Serviços de Courier** - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.5 Coleta Domiciliar de Exames** - item 5 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.6 Concierge** - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.7 Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais
- 7.8 Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.
- 7.8.1** A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.
- 8. Coparticipação**
- 8.1** A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br). A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.
- 8.2** A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a



coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

### 8.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

<b>Classificação dos procedimentos</b>	<b>Prestige</b>
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 170,00
Consulta Eletiva	R\$ 85,00
Exames Complementares - A	R\$ 42,00
Exames Complementares - B	R\$ 128,00
Terapias não Médicas	R\$ 42,00

**8.3.1** Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

**8.4** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal**.

**8.5** Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

**8.6** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

**8.7** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

**9. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.**



Nº	Regimen	Codigo Beneficiario	Nome Beneficiario	Cod Beneficiario	Tp Reg	Nome do Centro	COD Origem	Cod Anexo	Cod Nat	Codigo de Origem	Descricao do Serviço	Data Execução	Valor Aproximado	Valor Pago	Pontos Empenho	Pontos Empenho	Valor Não Recebido	Código Prestador	Nome Prestador
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770001014	31569	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	14-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	02706414001	ADRIANA L C DRUMMOND
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	770001013	31668	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	14-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	02706414001	ADRIANA L C DRUMMOND
02-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	770000491	20115	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	19-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	00016826345	VANINE MARIA CAMPOS BARONI
02-nov-20	BM.U.P.	4620230001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770000490	20311	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	19-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	00016826345	VANINE MARIA CAMPOS BARONI
29-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	770000797	31555	01	84621720	PACOTE DE ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	09-nov-2020	207,72	207,72	207,72	0,00	0,00	0,00	03187780001	OPTALMOCENTR DE BARRIOS
12-nov-20	BM.U.P.	4620230001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230001	760008867	485	01	84621707	PCTE DE CONSULTA A ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	02-nov-2020	254,59	254,59	254,59	0,00	0,00	0,00	10000001502	PERINATAL BARRA
29-nov-20	BM.U.P.	4620230001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230001	760008867	485	01	84621707	PCTE DE CONSULTA A ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	02-nov-2020	254,59	254,59	254,59	0,00	0,00	0,00	10000001502	PERINATAL BARRA
12-nov-20	BM.U.P.	4620230001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230001	760008868	485	01	84621707	PCTE DE CONSULTA A ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	11-nov-2020	254,59	254,59	254,59	0,00	0,00	0,00	10000001502	PERINATAL BARRA
18-nov-20	BM.U.P.	4620230001	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770000508	3055	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	07-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	10000001502	PERINATAL BARRA
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	16,30	16,30	16,30	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153303	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	59,28	59,12	58,17	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153303	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	25,19	24,72	24,72	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153303	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	29,84	29,84	29,84	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153303	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	1,34	1,34	1,34	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153303	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	13,34	13,34	13,34	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40204837	ANTIPERKOSASE TRICEDONA	24-nov-2020	24,60	24,60	24,60	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40204837	ANTIPERKOSASE TRICEDONA	24-nov-2020	49,50	49,50	49,50	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40204837	ANTIPERKOSASE TRICEDONA	24-nov-2020	5,83	5,83	5,83	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	770000146	20315	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	07-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	03001496284	VANINE MARIA CAMPOS BARONI
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	4,15	4,15	4,15	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	16,60	16,60	16,60	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	37,58	36,35	36,35	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	4,05	4,05	4,05	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	25,19	24,72	24,72	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	8,89	8,89	8,89	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	19,27	18,90	18,90	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	29,84	29,84	29,84	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230001	760030171	485	01	84621707	PCTE DE CONSULTA A ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	09-nov-2020	254,59	254,59	254,59	0,00	0,00	0,00	10000001502	PERINATAL BARRA
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	67,74	66,48	66,48	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	25,19	24,72	24,72	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	13,86	13,86	13,86	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153302	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	31,12	31,12	31,12	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	4,15	4,15	4,15	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	20,75	20,35	20,35	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	25,19	25,19	25,19	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
25-nov-20	BM.U.P.	4620230001	MARIA EDUARDIA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230011	760153301	24214	01	40201800	NEOLINA	24-nov-2020	26,68	26,68	26,68	0,00	0,00	0,00	10000001504	BERGIO FRANCO
18-nov-20	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	317595969	0	01	30191595	EXTENS FERRI COACTU TUMOR EXER ROTAC RETALM MOCUT	04-nov-2020	680,00	484,50	484,50	209,50	209,50	0,00	00000000000	PALLO DE BELAIS
17-nov-20	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	317595969	0	01	30191595	EXTENS FERRI COACTU TUMOR EXER ROTAC RETALM MOCUT	04-nov-2020	300,00	191,50	191,50	108,50	108,50	0,00	00000000000	MARCIA LISBETH DE AZEVEDA
12-nov-20	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770000569	3665	01	30191595	EXTENS FERRI COACTU TUMOR EXER ROTAC RETALM MOCUT	04-nov-2020	1.200,00	1.200,00	1.200,00	0,00	0,00	0,00	00000000000	RIEIRO PORTIELLA SERRIOPOL MEDIC
05-nov-21	BM.U.P.	4620230001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	8.M.U.P.	4620230001	760000880	485	01	84621707	PCTE DE CONSULTA A ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	30-nov-2020	254,59	254,59	254,59	0,00	0,00	0,00	10000001502	PERINATAL BARRA
19-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770000490	20311	01	10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO HORARIO NORMAL	06-nov-2020	103,01	103,01	103,01	0,00	0,00	0,00	00046812843	JORDI SANTANA FILHO
25-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770000710	3656	01	30191595	EXTENS FERRI COACTU TUMOR EXER ROTAC RETALM MOCUT	04-nov-2020	1.338,94	1.338,94	1.338,94	0,00	0,00	0,00	00046812843	JORDI SANTANA FILHO
25-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	770000710	3656	01	30191595	EXTENS FERRI COACTU TUMOR EXER ROTAC RETALM MOCUT	04-nov-2020	237,25	237,25	237,25	0,00	0,00	0,00	00046812843	JORDI SANTANA FILHO
02-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	760010945	1294	01	84200737	DANNA DE HOSPITAL DA DA APFD	04-nov-2020	1.048,58	1.048,58	1.048,58	0,00	0,00	0,00	10000001261	HOSPITAL BARBA D OR
02-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	760010945	1294	01	84200737	DANNA DE HOSPITAL DA DA APFD	04-nov-2020	2.000,74	2.000,74	2.000,74	0,00	0,00	0,00	10000001261	HOSPITAL BARBA D OR
02-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	760010945	1294	01	84200737	DANNA DE HOSPITAL DA DA APFD	04-nov-2020	483,67	498,48	498,48	0,00	0,00	0,00	10000001261	HOSPITAL BARBA D OR
02-nov-21	BM.U.P.	4620230002	JOSE CANDIDO BEZERRA	8.M.U.P.	4620230002	760010945	1294	01	84200737	DANNA DE HOSPITAL DA DA APFD	04-nov-2020	584,19	584,19	584,19	0,00	0,00	0,00	10000001261	HOSPITAL BARBA D OR

27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750095310	27120	00	04	42019598	TRICODORONINA T3	13-04-2021	21,07	21,07	21,07	0,00	0,00	0,00	0,00	31887380001	LAB RICHT
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750095311	27120	00	08	42021251	FUNCAO HEPATICA BTF ELET R PROF FA TGO TGP GAMA GT	13-04-2021	25,17	25,17	25,17	0,00	0,00	0,00	0,00	31887380001	LAB RICHT
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750095303	27120	00	03	42017186	ACIDO URICO	13-04-2021	4,54	4,54	4,54	0,00	0,00	0,00	0,00	31887380001	LAB RICHT
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	7501134956	8117	00	01	42001793	LA TRASSOM SPANILHO URNARIO RINS LURE E S BEXIGA	09-04-2021	51,38	51,38	51,38	0,00	0,00	0,00	0,00	81486650050	BROMSTEN MEDICINA DIAGNOSTICA
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750095311	27120	00	08	42018146	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL PSA	13-04-2021	21,07	21,07	21,07	0,00	0,00	0,00	0,00	31887380001	LAB RICHT
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750095311	27120	00	04	42018133	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE PSA LIVRE	13-04-2021	21,07	21,07	21,07	0,00	0,00	0,00	0,00	31887380001	LAB RICHT
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750095310	25118	00	01	88015715	CORRELA E UTRIA ESPECIALIDADES CUIDADO COORDENADO	19-04-2021	120,00	120,00	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000000148	CDS SALVE
27-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	7501134956	8117	00	02	42001793	LA TRASSOM PROSTATIA VIA ABDOMINAL	09-04-2021	67,47	67,47	67,47	0,00	0,00	0,00	0,00	81486650050	BROMSTEN MEDICINA DIAGNOSTICA
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750017599	19813	00	01	4781009	COLA E TA DE MATERIAL SERRVOJ VIZUAL	09-04-2021	2,98	2,98	2,98	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001019	CDS SALVE
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750017593	19813	00	01	10310101	CORRELA TA MEDICA EM CONSULTA TORO HORARIO NORMAL	09-04-2021	16,07	16,07	16,07	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	CDP
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750020790	24260	00	03	81430098	MATERIAS	12-04-2021	241,24	241,24	241,24	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	CDP
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750020790	24260	00	03	81430011	MEDICAMENTOS	12-04-2021	444,24	444,24	444,24	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	CDP
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750017597	19813	00	01	10310101	CORRELA TA MEDICA EM CONSULTA TORO HORARIO NORMAL	09-04-2021	16,07	16,07	16,07	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	CDP
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750101294	8119	00	03	4208114	LA TRASSOM MAMA	14-04-2021	91,29	91,29	91,29	0,00	0,00	0,00	0,00	81486650050	LAMINA MEDICINA DIAGNOSTICA
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750101294	8119	00	03	42001303	LA TRASSOM TRANJAM ULTERO DUARO ANEXOS E VAGINA	14-04-2021	91,18	91,18	91,18	0,00	0,00	0,00	0,00	81486650050	LAMINA MEDICINA DIAGNOSTICA
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750101294	8119	00	01	42001702	LA TRASSOM ANDROE TOTAL ANDROE SUPERIOR RINS BEUGIA	14-04-2021	177,44	177,44	177,44	0,00	0,00	0,00	0,00	81486650050	LAMINA MEDICINA DIAGNOSTICA
02-049-21	BMUPY4826253001	PALLA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750020790	24260	00	01	4101488	RESONANCIAM MAMA BILATERAL	12-04-2021	717,42	717,42	717,42	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	CDP
20-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	7501812566	8959	00	03	81430011	MEDICAMENTOS	25-04-2021	228,20	228,20	228,20	0,00	0,00	0,00	0,00	10000000829	LABS A MEDICINA DIAGNOSTICA
20-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	7501812566	8959	00	03	81430098	MATERIAS	25-04-2021	109,73	109,73	109,73	0,00	0,00	0,00	0,00	10000000829	LABS A MEDICINA DIAGNOSTICA
20-049-21	BMUPY4826253002	JOSE CANDIDO BEZERRA	S.MULPY.4826253002	C	750019310	20418	00	01	88015715	CORRELA TA FELVIA ESPECIALIDADES CUIDADO COORDENADO	01-04-2021	120,00	120,00	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000000148	CULTURA DE MARCO ANTONIO FORTES
20-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	R	311209161	81	01	10310101	CORRELA TA MEDICA EM CONSULTA TORO HORARIO NORMAL	01-04-2021	299,00	299,00	299,00	42,24	42,24	42,24	0,00	0,00	10000000148	TENSOCANES DE MARIAMARES
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750000227	3555	00	01	44617270	PACOTE DE ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA III PCTE D	27-04-2021	228,20	228,20	228,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0319780001	OFTALMOCENTER RECARIO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	08	4203098	ALFACE	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	08	4203098	ALFACE	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	08	4203098	ALFACE	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	08	4203098	HORMONIO LUTENZIANTE LH	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	01	4203098	VITAMINA D3 HORMON REGULISA DOSAGEM VITAMINA D3	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	07	4203098	INSULINA	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	01	4203098	SCANTAMENICIN CDFI	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	07	4203098	FOLICULO ESTIMILANTE HORMONIO FSH	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153391	24218	00	03	4203098	FERRO SERIDO	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153391	24218	00	03	4203098	PERFIL LIPODIPROGRAMA LT COL TOL ELET LIPOPR	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153391	24218	00	04	4203098	ESTRADIOL	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	04	4203098	TRICESTIMILANTE HORMONIO TSH	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153391	24218	00	08	4203098	PROGLACTIN	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153391	24218	00	01	4203098	PROGESTERONA	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO
02-049-21	BMUPY4826253001	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	S.MULPY.4826253001	C	750153392	24218	00	03	4203098	LA LIVRE	24-04-2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10000001048	SEBIO FRANCO

Soma: 17.938,88 Soma: 17.344,64 Soma: 17.344,64 Soma: 662,16





Relação de Segurados Ativos

<b>Empresa</b>	
Razão Social : CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Período de Competência : 21/11/2021
Empresa nº : 8MUPY	
Apól./Desd.-CD : 197309429	
Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME	Valor da US do mês : 1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	42	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA			4			2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL			4			2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social : CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Período de Competência : 21/10/2021
Empresa nº : 8MUPY	
Apól./Desd.-CD : 197309429	
Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME	Valor da US do mês : 1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	42	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA			4			2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL			4			2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social : CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Período de Competência : 21/09/2021
Empresa nº : 8MUPY	
Apól./Desd.-CD : 197309429	
Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME	Valor da US do mês : 1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	42	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA			4			2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL			4			2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social : CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Período de Competência : 21/08/2021
Empresa nº : 8MUPY	
Apól./Desd.-CD : 197309429	
Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME	Valor da US do mês : 1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	42	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA			4			2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL			4			2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social : CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Período de Competência : 21/07/2021
Empresa nº : 8MUPY	
Apól./Desd.-CD : 197309429	
Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME	Valor da US do mês : 1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54



888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA						2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL						2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social :	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA
Empresa nº :	8MUPY
Apól./Desd.-CD :	197309429
Ramo (Cód e Nome):	7-28 PME
Período de Competência :	21/06/2021
Valor da US do mês :	1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA						2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL						2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social :	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA
Empresa nº :	8MUPY
Apól./Desd.-CD :	197309429
Ramo (Cód e Nome):	7-28 PME
Período de Competência :	21/05/2021
Valor da US do mês :	1,0935

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	735,57				735,57
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	430,56				430,56
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	52	CONJUGE	21/05/2020	942,43	1030,54				1030,54
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	344,45				344,45
			TOTAL DA FAMILIA						2541,12				2541,12
			TOTAL GERAL						2541,12				2541,12
			VALOR IOF						60,48				60,48
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2601,6				2601,6

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social :	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA
Empresa nº :	8MUPY
Apól./Desd.-CD :	197309429
Ramo (Cód e Nome):	7-28 PME
Período de Competência :	21/04/2021
Valor da US do mês :	1,00

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	672,68				672,68
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	393,75				393,75
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	51	CONJUGE	21/05/2020	942,43	942,43				942,43
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	315,00				315,00
			TOTAL DA FAMILIA						2323,86				2323,86
			TOTAL GERAL						2323,86				2323,86
			VALOR IOF						55,31				55,31
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2379,17				2379,17

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social :	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA
Empresa nº :	8MUPY
Apól./Desd.-CD :	197309429
Ramo (Cód e Nome):	7-28 PME
Período de Competência :	21/03/2021
Valor da US do mês :	1,00

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravo	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	672,68				672,68
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	393,75				393,75
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	51	CONJUGE	21/05/2020	942,43	942,43				942,43
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERR	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	315,00				315,00
			TOTAL DA FAMILIA						2323,86				2323,86
			TOTAL GERAL						2323,86				2323,86
			VALOR IOF						55,31				55,31
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2379,17				2379,17

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

<b>Empresa</b>	
Razão Social :	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA
Empresa nº :	8MUPY
Período de Competência :	21/02/2021



Apól./Desd.-CD : 197309429  
 Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME Valor da US do mês : 1,00

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravado	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	672,68				672,68
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	393,75				393,75
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	51	CONJUGE	21/05/2020	942,43	942,43				942,43
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	17/03/2008	13	FILHOS	21/05/2020	315,00	315,00				315,00
			TOTAL DA FAMILIA			4			2323,86				2323,86
			TOTAL GERAL			4			2323,86				2323,86
			VALOR IOF						55,31				55,31
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2379,17				2379,17

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região

**Empresa**  
 Razão Social : CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA Período de Competência : 21/01/2021  
 Empresa nº : 8MUPY  
 Apól./Desd.-CD : 197309429  
 Ramo (Cód e Nome): 7-28 PME Valor da US do mês : 1,00

Matricula	Plano	CR	Nome do Segurado	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Data Inclusão	Custo US	Prêmio Saúde R\$	% Agravado	Prêmio Agravado R\$	Prêmio Vida R\$	Prêmio Total R\$
888846926539001	23073	99	PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	01/09/1979	41	TITULAR	21/05/2020	672,68	672,68				672,68
888846926539010	23073	99	DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	27/12/1999	21	FILHOS	21/05/2020	393,75	393,75				393,75
888846926539002	23073	99	JOSE CANDIDO BEZERRA	19/06/1969	51	CONJUGE	21/05/2020	942,43	942,43				942,43
888846926539011	23073	99	MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA	17/03/2008	12	FILHOS	21/05/2020	315,00	315,00				315,00
			TOTAL DA FAMILIA			4			2323,86				2323,86
			TOTAL GERAL			4			2323,86				2323,86
			VALOR IOF						55,31				55,31
			VALOR TOTAL + VALOR IOF						2379,17				2379,17

Todos os prêmios estão descritos sem IOF

Legenda: CR = Código da Região



## Check List para envio de Propostas PME

**SulAmérica**

### Dados da Empresa

Proposta Saúde  
Proposta Odonto

Nº. 416920  
Nº. 416921

Razão Social

CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA

CNPJ	CPF do responsável da Empresa	Data de abertura da Empresa	Produto Saúde	Produto Odonto
26.784.374/0001-39		29/12/2016	557	430
Quantidade de Vidas Total	Titulares	Dependentes		
4	1	3		
Prêmio Saúde	Prêmio Odonto	Regra Flex	Data de transmissão da proposta	
R\$2.379,17 (com IOF)	R\$83,95 (com IOF)	Sim	11/05/2020	

### Dados da Corretora

Razão Social da Corretora

MAIS OPCAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Estrutura de Venda	Telefone	E-mail
2841843	21 3213 9913	seguros@casadoconsultor.com

### Dados da Filial

Nome da Filial

Nome do Gerente Comercial

### Check List - Relação de Documentos entregues (para uso da Seguradora)

- Proposta e demais documentos devidamente preenchidos e assinados com reconhecimento de Firma em campo obrigatório.
- Cotação.
- Contrato Social atualizado com registro do órgão responsável.
- Certificado MEI e Declaração de Autenticidade devidamente preenchida, carimbada e assinada com reconhecimento de Firma em campo obrigatório e Comprovante de conta de consumo do titular.
- Cartão de CNPJ.
- FGTS da última competência completo e quitado (guia, relação de empregados e quitação bancária).
- Declaração de Contratante (exclusiva para Contratação só de Odonto).
- Cópia de RG, CPF e demais certidões (nascimento e casamento).
- Documentação para compra redução de carências.

Assinatura do Corretor

Nome legível do funcionário da Filial

Data da recepção \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Para uso exclusivo da Seguradora

CNPJ: 26.784.374/0001-39

Validado

Indisponível

Não Validado



**Dados da Empresa****SulAmérica Saúde**

Nº. 416920

Proposta de Seguro - PME (3 a 29 vidas)

Contrato Nº. 0058.0042.1897

Razão Social do Estipulante

**CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA**

Nome Fantasia

Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

**Isento****Isento**

Ramo de Atividade

CNPJ

Data de Abertura da Empresa

Constituição da empresa

**26.784.374/0001-39****29/12/2016****CS**

Endereço/ Número/ Complemento da Empresa

**PADRE MANUEL DA NOBREGA 971**

Cidade

**RIO DE JANEIRO**

Bairro

**QUINTINO BOCAIU**

CEP

**21381-009**

Estado

**RJ**

Telefone

**21 96436 4216**

Endereço/ Número/ Complemento de Cobrança

**ALDEMIR MARTINS 162 LT 01 CS 02**

Cidade

**RIO DE JANEIRO**

Bairro

**RECREIO DOS BAN**

CEP

**22790-707**

Estado

**RJ**

Telefone

**21 96436 4216**

Nome do(a) Responsável da Empresa

**PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA**

Cargo

**SOCIA**

Telefone

**21 96436 4216**

Email do(a) Responsável da Empresa

**PAULA.BARBIE@GMAIL.COM**

Natureza Jurídica

**2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA**

Banco

Agência

Conta Corrente

**Dados do(a) Corretor(a) e Vendedor(a)**

Estrutura de Apoio

UOP

Estrutura de Venda/Grade

Ação de Apoio

**68032****5576****2841843****34835**

Nome do(a) Corretor(a)

**MAIS OPCAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Código Susep

**00001020333668**

Telefone do(a) Corretor(a)

**21 3213 9913**

Email do(a) Corretor(a)

**seguros@casadoconsultor.com**

Nome do(a) Vendedor(a)

**MARINHO JOSE DOS SANTOS**

CPF do(a) Vendedor(a)

**772.031.787-49****Dados do Contrato Saúde**

Prêmio (RS)

IOF (RS)

Prêmio Final (RS)

Produto

Vidas Nacional

Vidas Regional

Total de Vidas

**2.323,86****55,31****2.379,17****557 Amb. e Hosp. c/ Obst.****1****0****4**

Cobrança ao dem/apos direta pela Seguradora

**Não**

Tipo de Contratação

**Regra Flex**

Data de Trans. da Proposta

**11/05/2020**

Reembolso

**Valor de USR = R\$0,50**

Coparticipação - Nacional

**Sem coparticipação**

Opções de Plano - Nacional

**Especial 100 R1 Apto**

Grupo Segurável

**Sócios****Dependentes**

Local e Data

**RIO 12/05/2020**

Assinatura do(a) Representante da Empresa

**x Paula Barbie**

Observações

A Sul América Companhia de Seguro Saúde, efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Seguradora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Assinatura do(a) Corretor(a)

**Marinho Jose dos Santos**

Assinatura do(a) Vendedor(a)

**Paula Barbie****É obrigatório assinar frente e verso e preencher todos os campos desta proposta.**

1ª Via Seguradora / 2ª Via Corretor / 3ª Via Empresa

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J. 01.685.053/0001-56

1/5



Assinado eletronicamente por: LEONARDO DE CAMARGO BARROSO - 19/09/2022 15:11:48

<https://tjrj.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2209191511475560000028910840>

Número do documento: 2209191511475560000028910840

Num. 30096709 - Pág. 2

**Quadro de Planos**

Os planos estão registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

**Planos - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia****Planos sem Coparticipação**

Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Abrangência	Padrão de Acomodação Hospitalar
Especial 100	Especial 100 Empresarial/PME Trad.15 AHO QP	473974154	Nacional	Apartamento



1. Declaro para os devidos fins, que todas as informações prestadas para formulação desta Proposta de Seguro do SulAmérica Saúde PME são verdadeiras e estão completas;
2. Declaro estar ciente das disposições do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que, se o Estipulante Segurado ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Seguro, no Cartão Proposta ou qualquer outro meio que esta Seguradora disponibilizar para inclusão de Segurados durante a vigência deste contrato, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro saúde ou no valor do prêmio mensal, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos;
3. Declaro ciência e estou de acordo que esta Proposta de Seguro somente terá validade após análise e aceitação pela Sul América Companhia de Seguro Saúde, nos termos previstos na Lei 9656/98 e sua regulamentação.
4. Estou ciente de que após a confirmação da aceitação desta Proposta de Seguro pela Sul América Companhia de Seguro Saúde o Corretor deverá gerar o boleto de pagamento. O início de vigência será a partir da zero hora do dia subsequente à quitação bancária.
5. Declaro que realizei download do Manual de Orientação para Contratação do Seguro Saúde – MPS da SulAmérica, o qual está disponível no endereço eletrônico [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br), tendo lido e entendido de forma a me auxiliar na contratação deste seguro;
6. Declaro ter ciência de que o seguro ora contratado oferece as coberturas aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, e que está sujeito a atualizações, sempre nos termos estipulados pela ANS;
7. Tenho ciência de que as coberturas dos planos com abrangência geográfica GRUPO DE MUNICÍPIOS (conforme quadro de planos acima) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, quando contratados, serão garantidas EXCLUSIVAMENTE por meio da rede referenciada não havendo previsão de reembolso para estes planos, EXCETO para as terapias não médicas, nas codificações descritas na Tabela de Reembolso e valor da USR (Unidade de Serviço de Reembolso) vigente na data do atendimento, conforme fórmula prevista nas Características Essenciais do plano e desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano (municípios descritos abaixo do quadro de planos acima).
  - 7.1 Terapias não médicas são aquelas realizadas por profissionais não médicos, desde que registrados em seus respectivos Conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).
  - 7.2 As terapias não médicas reembolsadas no plano contratado são: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e psicoterapia.
8. Para os demais planos com abrangência geográfica NACIONAL, há previsão de reembolso em todos os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, quando contratado, limitado ao múltiplo de reembolso, quantidade de US (Unidade de Serviço) prevista na Tabela de Reembolso e valor da USR (Unidade de Serviço de Reembolso) vigente na data do atendimento, conforme fórmula prevista nas Características Essenciais do plano contratado.
9. Declaro ter ciência, de que, em caso de cancelamento do contrato, antes do término do período inicial de vigência definido nas Condições Gerais, será devido pelo Estipulante pagará o valor do prêmio complementar obedecendo às disposições das Condições Gerais deste seguro.
10. Declaro, ainda, ter ciência que, sobre o valor pago a título de prêmio complementar, não haverá pagamento de comissão de corretagem.
11. Tenho ciência que toda a relação e movimentação da rede referenciada está disponível no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br) e/ou na Central de Relacionamento Saúde, informações as quais comprometemo-nos a repassar aos segurados.
12. Declaro ter ciência que a indicação e nomeação do(a) corretor(a) de seguros, deverá ser realizada pelo Estipulante, por meio de carta original em papel timbrado, a qual deverá ser assinada e carimbada pelo representante da Empresa Contratante/Estipulante na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração pública registrada em cartório, com poderes específicos para contratar;



13. Declaro ter ciência de que a destituição do(a) corretor (a) nomeado pelo Estipulante, deverá ser solicitada por escrito pelo Estipulante à SulAmérica, podendo ocorrer somente a partir do primeiro aniversário do contrato, que é de 12 (doze) meses, desde que apresentada com até 30 (trinta) dias de antecedência, caso a estipulante deseje efetuar a alteração antes deste período ou fora do aniversário da apólice, será necessário envio de carta padrão, assinada pelo corretor atual e pela empresa estipulante, exceto quando comprovada prática de fraude, atos ilícitos, culposos ou contrários ao previsto em lei ou regulamentação específica, hipótese em que o(a) corretor(a) será destituído pela Estipulante ou pela SulAmérica estando a SulAmérica desobrigada a repassar a comissão de corretagem mensal ao corretor(a)/Corretora, e/ou qualquer outro valor por ocasião da contratação do seguro."

14. Declaro ter ciência que as despesas referentes à coparticipação serão cobradas na mesma fatura de prêmio mensal, não havendo em hipótese alguma comissão de corretagem sobre o valor de coparticipação.

15. Declaro ter ciência que a coparticipação tem valores máximos pré-definidos (com limitador em reais), ou seja, o valor máximo de coparticipação será, ou o percentual de 30% ou o valor pré-definido em reais, o que for menor, de forma que seja transparente ao Segurado os valores finais de coparticipação. Os valores máximos poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato e estão descritos nas Características Essenciais do Plano com Coparticipação, nas Condições Gerais.

16. Declaro ter ciência que na contratação do seguro odontológico, no mesmo momento ou não, da contratação do seguro saúde, a fatura será unificada respeitando os valores de cada segmento, agenciamento e comissão de corretagem, e deverá seguir a mesma data de vencimento do seguro saúde

17. Declaro estar ciente da cláusula da PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS constante nas Condições Gerais deste seguro.

18. Declaro, por fim, ter ciência que a presente declaração é parte integrante das Condições Gerais do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

#### Observações

A Sul América Companhia de Seguro Saúde efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Seguradora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Local e Data	Assinatura do Representante Legal da Empresa (reconhecimento de firma em cartório obrigatório para empresas CEI/MEI)	Assinatura do Corretor	Assinatura do Vendedor
RIO 12/05/2020	*Paula Bezerra		



**Declarações do Estipulante - Plano Referência**

Declaramos que foi oferecida a contratação do plano Referência (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia), conforme instituído pela Lei nº 9.656/98. O plano está registrado na ANS sob o nº 469369138 e nome Referência Empresarial/PME REF QC, conforme demonstrado no quadro de planos desta proposta de seguro.

Declaramos ainda que não optamos por este plano Referência e que os planos escolhidos estão assinalados no quadro de planos.

**Declaração em uma única via - Via da Seguradora**

Assinatura do Representante Legal da Empresa

Assinatura do Corretor

Assinatura do Vendedor

\* Paula Bezerra

PA

Henrique



**(INFORMAÇÕES MÍNIMAS REFERENTES ÀS DIFERENÇAS DOS TIPOS DE CONTRATAÇÃO - RN Nº 432)**

**Planos individuais ou familiares:** São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

**Planos de saúde coletivos:** Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

**Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS** e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. **Veja as particularidades de cada tipo:**

	PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR	PLANO COLETIVO POR ADESÃO	PLANO COLETIVO EMPRESARIAL	PLANO COLETIVO EMPRESARIAL CONTRATADO EMPRESÁRIO INDIVIDUAL
<b>QUEM PODE INGRESSAR EM UM PLANO DE SAÚDE?</b>	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.
<b>CARÊNCIA</b>	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.




<p><b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) EM CASO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)**</b></p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p>	<p>Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica</p>
<p><b>RESCISÃO PELA OPERADORA:</b></p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.</p>




<b>REAJUSTE:***</b>	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato. ***
---------------------	--	---	---	--

\* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

\*\* Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

\*\*\* Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato." (NR)



ANS - nº 006246

Pág. 3 / 3

Sul América Companhia de Seguro Saúde C.N.P.J. 01.685.053/0001-56



**Dados da Empresa**

Razão Social do Estipulante

**CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA****SulAmérica Saúde**

Cartão de Beneficiário - PME

Nº: 416920

**Dados do Plano**

Produto

**557 Amb. e Hosp. c/ Obst.**

Código da Empresa

Número Contrato

Desdobramento D.V.

Empresa

Matrícula

DF

Local

Abrangência Geográfica

Categoria

Setor

**Nacional**

Nome do Plano

**Especial 100 R1 Apartamento**

Plano

**23073**

Data Início Vigência

Data de Admissão na Empresa

Sujeito a Carência

 Sim Não

Carência

Coparticipação

**Sem Coparticipação****Dados Pessoais do Titular**

Nome Completo do titular

**PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA**

Data de Nascimento

**01/09/1979**

Idade

**40**

Sexo

**Feminino**

Estado Civil

**Casado**

CPF

**080.857.567-81**

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Telefone Celular

**21 96436 4216**

Nome da Mãe

**JOSIAS CORREA DE OLIVEIRA**

Email

**PAULA.BARBIE@GMAIL.COM**

Título de Eleitor

Carteira de Identidade

Orgão Emissor

UF

Data de Expedição

País Emissor da Carteira de Identidade

Nacionalidade

PIS/PASEP

Cadastro Nacional de Saúde

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior** - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última original).

Nome do Plano de Origem

**NÃO TEM PLANO**

Contrato de Origem No.

Vigência do Plano de Origem

**de 10/05/2020 até 11/05/2020****Dados Bancários do Titular**

Nome do Responsável da Conta

CPF do Titular da Conta

Banco

Agência

Conta Corrente

**Dependentes**

Dep.

**1**

Nome Completo do Dependente

**JOSE CANDIDO BEZERRA**

Data de Nascimento

**19/06/1969**

Idade

**50**

Sexo

**Masculino**

CPF

**004.954.067-08**

Título de Eleitor

Declaração de Nascido Vivo - DNV

Grau de Parentesco

**Cônjuge**

Nome da Mãe

**MARIA CANDIDO BEZERRA**

Carteira de Identidade

Orgão Emissor

UF

Data de Expedição

País Emissor da Carteira de Identidade

Nacionalidade

PIS/PASEP

Cadastro Nacional de Saúde

Carência

Permanência

Agrupamento

Situação do Plano

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior** - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última original).

Nome do Plano de Origem

**NÃO TEM PLANO**

Contrato de Origem No.

Vigência do Plano de Origem

**de 10/05/2020 até 11/05/2020**

Dep. <b>2</b>	Nome Completo do Dependente <b>DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA</b>			
Data de Nascimento <b>27/12/1999</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CPF <b>198.472.307-30</b>	Título de Eleitor
Declaração de Nascido Vivo - DNV		Grau de Parentesco <b>Filho (a)</b>	Nome da Mãe <b>PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA</b>	
Carteira de Identidade	Orgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade
Nacionalidade		PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde	
Carência	Permanência	Agrupamento	Situação do Plano	
<b>Informações sobre o Plano de Origem/Anterior</b> -Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última original).				
Nome do Plano de Origem <b>NÃO TEM PLANO</b>		Contrato de Origem No.	Vigência do Plano de Origem <b>de 10/05/2020 até 11/05/2020</b>	

Dep. <b>3</b>	Nome Completo do Dependente <b>MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA</b>			
Data de Nascimento <b>17/03/2008</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CPF <b>198.472.157-74</b>	Título de Eleitor
Declaração de Nascido Vivo - DNV		Grau de Parentesco <b>Filho (a)</b>	Nome da Mãe <b>PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA</b>	
Carteira de Identidade	Orgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade
Nacionalidade		PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde	
Carência	Permanência	Agrupamento	Situação do Plano	
<b>Informações sobre o Plano de Origem/Anterior</b> -Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última original).				
Nome do Plano de Origem <b>NÃO TEM PLANO</b>		Contrato de Origem No.	Vigência do Plano de Origem <b>de 10/05/2020 até 11/05/2020</b>	



## Carta de Orientação ao Beneficiário

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde 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. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

### AO DECLARAR AS DOENÇAS E / OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO.

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.)\* **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

### AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E / OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!



• Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.  
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou Consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário	Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário
RIO _____, 12/05/2020 Local	RIO _____, 12/05/2020 Local
Nome: PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	Nome: MARINHO SANTOS
Assinatura: <u>Paula Bezerra</u>	CPF: 772.031.787-49
	Assinatura: <u>Marinho Santos</u>



**Declaração de Saúde**

Titular: PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA

Dep1: JOSE CANDIDO BEZERRA

Dep2: DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA

Dep3: MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho independente do auxílio do Médico Orientador, por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelos seus dependentes, e que todos leram e estão cientes do conteúdo da cláusula "Doenças e Lesões Preexistentes", conforme descrito nas condições gerais do contrato de seguro saúde. Não serão aceitas Declarações com rasuras. Obrigatoriamente devem ser preenchidos todos os campos abaixo:

**Quadro I - Questionário**

Item	Responda de próprio punho as perguntas a seguir, com "S"=SIM ou "N"=NÃO. Existindo alguma resposta afirmativa, mencionar detalhes no Quadro III "Quadro Descritivo". É portador de:	Titular	Dep1	Dep2	Dep3
1	Doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto, arritmia ou outra?	N	N	N	N
2	Doença do aparelho circulatório como: varizes, insuficiência arterial ou venosa, linfagite, hemorroida, aneurisma, trombose ou outra?	N	N	N	N
3	Doença endocrinológica como: diabetes, doenças da tireoide ou outra?	N	N	N	N
4	Doença digestiva como: gastrite, úlcera, doença de Crohn, diverticulite ou outra?	N	N	N	N
5	Alguma hérnia como: inguinal, umbilical ou outro tipo?	N	N	N	N
6	Doença urológica como: insuficiência renal, problema na próstata, incontinência urinária, cálculos ou outra?	N	N	N	N
7	Algum problema dos ossos, articulações ou coluna (hérnia de disco, escoliose, osteoporose, artrite, artrose ou outro)? Informar tipo, local, e demais detalhes no quadro descritivo	N	N	N	N
8	Doença do sangue ou autoimune como: anemias, leucemia, linfoma, lúpus, artrite reumatoide, psoríase etc.?	N	N	N	N
9	Doença pulmonar como: Asma, Bronquite, Enfisema, Atelectasia ou outras?	N	N	N	N
10	Doença do ouvido, nariz ou garganta (surdez, desvio de septo, sinusite ou outra)?	N	N	N	N
11	Alguma doença nos olhos como: glaucoma, miopia, estrabismo, ceratocone, catarata ou outra?	N	N	N	N
12	Possui alguma doença ou deformidade hereditária ou congênita?	N	N	N	N
13	Tem alguma doença infectocontagiosa (AIDS/HIV, Hepatite, Tuberculose, Malária, Chagas ou outra)?	N	N	N	N
14	Algum tipo de câncer, neoplasia ou tumor benigno ou maligno?	N	N	N	N
15	Alguma doença neurológica como: epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson, paralisia cerebral, etc.?	N	N	N	N
16	Algum problema psiquiátrico (depressão, esquizofrenia, retardo mental, psicose, esclerose múltipla ou outra)?	N	N	N	N
17	Alguma doença do fígado como: cirrose, hepatite ou outra?	N	N	N	N
18	Possui algum tipo de seqüela, dano ou deficiência psicomotora, de órgão ou membro decorrente de doença que saiba ser portador?	N	N	N	N
19	Alguma doença da mama, útero ou ovário (nódulo, cisto, mioma, endometriose ou outra)?	N	N	N	N
20	Está realizando algum tratamento médico?	N	N	N	N
21	É portador de algum transplante (rím, fígado, medula ou algum outro)? Ou há a necessidade de realizar algum transplante?	N	N	N	N
22	Possui alguma prótese ou órtese (placa, parafuso, stent, válvula, marca-passo, prótese mamária ou outra)?	N	N	N	N
23	Faz quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou transfusão de sangue? Ou há a necessidade de realizar algum desses citados?	N	N	N	N
24	Possui algum transtorno na face como: desalinhamento da arcada dentária, oclusão dentária, dificuldade de mastigação? Ou usa aparelho ortodôntico?	N	N	N	N
25	Possui alguma doença ou transtorno não relacionado acima?	N	N	N	N

Local/Data: RIO, 22, de MAIO de 2020Assinatura do Beneficiário Titular: Paula BezerraAssinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: Leonardo

**Quadro II - Questionário do Índice de Massa Corpórea**

Informe	Titular	Dep 1	Dep 2	Dep 3	
Peso	64	78	63	37	
Altura	1.61	1.70	1.73	1.58	

O IMC (Índice de Massa Corpórea) é calculado pela seguinte fórmula:  
 Peso dividido pela altura ao quadrado. Ex. Peso: 80 Kg Alt 1,71

$$IMC = \frac{80}{(1,71 \times 1,71)} \quad IMC = \frac{80}{3} = 27$$

Considerando OMS (Organização Mundial de Saúde): IMC 30.0 - 34.9 - Obesidade grau I / IMC 35.0 - 39.9 - Obesidade grau II / IMC Superior a 40.0 - Obesidade grau III

**ATENÇÃO:** A obesidade será caracterizada para fins de CPT (Cobertura Parcial Temporária) sempre que o IMC for superior a 40Kg/m<sup>2</sup> e quando o IMC for maior ou igual a 35Kg/m<sup>2</sup> e portador de doenças crônicas associadas

Local/Data: RIO, 12 de MAIO de 2020

Assinatura do Beneficiário Titular: Paula Bezerra

Assinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: Henrique

**Quadro III - Quadro Descritivo**

Titular: PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	Dep1: JOSE CANDIDO BEZERRA
Dep2: DANILO DE OLIVEIRA BEZERRA	Dep3: MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido SIM ou apresente qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, especifique-a no quadro abaixo como: razão dela, data, tratamentos, lado do corpo, quadro atual e tudo mais que julgar importante. Se possuir relatório médico ou cirúrgico, e/ou exames a respeito da doença referida, junte a esta Declaração.

Item	Segurado	Data Evento	CID-10

Declaro que as informações por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras ao meu estado de saúde e/ou de meu (s) dependente (s), pelas quais assumo inteira responsabilidade. De conformidade com o Artigo 766 e Parágrafo Único do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência.

Local/Data: RIO, 12 de MAIO de 2020

Assinatura do Beneficiário Titular: Paula Bezerra

Assinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: Henrique



#### Quadro IV - Definições, Direitos e Obrigações

##### Declaração de Doença ou Lesão Preexistente

Havendo a informação de doença ou lesão preexistente por parte do Beneficiário, esta Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária - CPT, a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

##### Da Responsabilidade do Beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o Beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação desta Operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

##### Definição de CPT

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

##### Definição de Agravo:

Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

A SulAmérica se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro da Resolução Normativa nº. 102/07.

**Médico Orientador:** No preenchimento dessa declaração, o Beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado por esta Operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

Optei por não utilizar auxílio do médico orientador

Declaro que fui orientado por médico orientador

Local/Data: RIO, 12, de MAIO de 2020

Assinatura do Beneficiário Titular: x Paulo Bezerra

Assinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: Handson

Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso: \_\_\_\_\_



## Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro Saúde e /ou Seguro Odontológico do Estipulante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro, que encontram-se em poder do Estipulante.

**Declaro ainda que tenho ciência do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".**

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de planos de saúde, outras organizações e pessoas a fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora constante deste Cartão Proposta.

### Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado neste Cartão Proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro Saúde e /ou Seguro Odontológico, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro, Condições Gerais, Condições Particulares e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro Saúde e /ou Odontológico, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável por menos de 18 anos
--------------	--

RIO 12/5/2020 x *Paula Bezerra*

Local e Data	Assinatura do Estipulante sob carimbo
--------------	---------------------------------------

RIO 12/5/2020 x *Paula Bezerra*



**Dados da Empresa****SulAmérica Odonto**

Nº. 416921

Proposta de Seguro Odontológico - PME (3 a 29 vidas) Contrato Nº. 0063.0119.0497

Razão Social

**CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA**

Nome Fantasia

Inscrição Estadual

**Isento**

Inscrição Municipal

**Isento**

Ramo de Atividade

CNPJ

**26.784.374/0001-39**

Data de Abertura da Empresa

**29/12/2016**

Constituição da empresa

**CS**

Endereço/ Número/ Complemento da Empresa

**PADRE MANUEL DA NOBREGA 971**

Cidade

**RIO DE JANEIRO**

Bairro

**QUINTINO BOCAIU**

CEP

**21381-009**

Estado

**RJ**

Telefone

**21 96436 4216**

Endereço/ Número/ Complemento de Cobrança

**ALDEMIR MARTINS 162 LT 01 CS 02**

Cidade

**RIO DE JANEIRO**

Bairro

**RECREIO DOS BAN**

CEP

**22790-707**

Estado

**RJ**

Telefone

**21 96436 4216**

Nome do(a) Responsável da Empresa

**PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA**

Cargo

**SOCIA**

Telefone

**21 96436 4216**

Email do(a) Responsável da Empresa

**PAULA.BARBIE@GMAIL.COM**

Natureza Jurídica

**2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA**

Banco

Agência

Conta Corrente

**Dados do(a) Corretor(a) e Vendedor(a)**

Estrutura de Apoio

**68032**

UOP

**5576**

Estrutura de Venda/Grade

**2841843**

Ação de Apoio

**34835**

Nome do(a) Corretor(a)

**MAIS OPCAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Código Susep

**00001020333668**

Telefone do(a) Corretor(a)

**21 3213 9913**

Email do(a) Corretor(a)

**seguros@casadoconsultor.com**

Nome do(a) Vendedor(a)

**MARINHO JOSE DOS SANTOS**

CPF do(a) Vendedor(a)

**772.031.787-49****Dados do Contrato Odonto**

Prêmio (R\$)

**82,00**

IOF (R\$)

**1,95**

Prêmio Final (R\$)

**83,95**

Produto

**430 Odonto**

Número do Contrato

**1**

Proposta Saúde

**0**

Total de Vidas

**4**

Cobrança ao demitido/aposentado direta pela Operadora

**Não**

Tipo de Contratação

**Regra Flex**

Data de Transmissão da Proposta

**11/05/2020**

Opções de Plano

**Odonto Mais**

Grupo de Beneficiário

**Sócios****Dependentes**

Local e Data

**RIO 12/05/2020**

Assinatura do(a) Representante da Empresa

**x Paula Bezerra**

Assinatura do(a) Corretor(a)

Observações

A Sul América Companhia de Seguro Saúde, efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Seguradora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Assinatura do(a) Vendedor(a)

**É obrigatório assinar frente e verso e preencher todos os campos desta proposta.**

1ª Via Seguradora / 2ª Via Corretor / 3ª Via Empresa

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J. 01.685.053/0001-56

1/2



**Quadro de Planos**

Os planos estão registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

**Planos - Odonto**

Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS
Odonto Mais	Odonto Mais / Básico 20 - Emp.Odonto Rol Ampliado	476150162

**Declarações da Empresa Estipulante e Corretor nomeado**

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- Os documentos e as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos previstos no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- Temos ciência e estamos de acordo que esta Proposta de Seguro somente terá validade após análise e aceitação pela SulAmérica Companhia de Seguro Saúde, nos termos previstos na Lei 9656/98 e sua regulamentação.
- Estamos cientes de que esta Proposta de Seguro somente será encaminhada para análise e validação da SulAmérica Companhia de Seguro Saúde se entregue em até 72 (setenta e duas) horas da data de sua transmissão no Sistema Cotador SulAmérica Odonto, devidamente assinada e acompanhada de todos os documentos obrigatórios.
- Estamos cientes que o início de vigência desta Proposta de Seguro pela SulAmérica Companhia de Seguro Saúde, será a partir da zero hora do dia útil subsequente a quitação bancária.
- Temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro Odontológico que ora se pretende contratar estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- Temos ciência e estamos de acordo que as eventuais reduções ou isenções dos Prazos de Carência, ocorridas em função de plano anterior ou do número de vidas do Grupo Segurado, poderão ser aplicadas a todas ou apenas parte das coberturas oferecidas no Contrato de Seguro Odontológico e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas do referido Contrato;
- Em caso de cancelamento antes do término do período inicial de vigência, conforme descrito nas Condições Gerais, o valor cobrado a título de prêmio complementar não incidirá carregamento comercial;
- A relação e a movimentação da rede referenciada estarão disponíveis no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br) ou na Central de Serviços SulAmérica.
- A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
- Declaro estar ciente da cláusula da PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS constante nas Condições Gerais deste seguro.
- A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Odontológico, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que declaramos apondo assinatura nesta Proposta de Seguro.

A Sul América Companhia de Seguro Saúde, efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Operadora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Local e Data	Assinatura do Representante Legal da Empresa (reconhecimento de firma em cartório obrigatório para empresas CEI/MEI)	Assinatura do Corretor	Assinatura do Vendedor
RID 12/5/2020	x Paulo [Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]

1ª Via Seguradora / 2ª Via Corretor / 3ª Via Empresa

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J. 01.685.053/0001-56

2/2



# Cotação SulAmérica Saúde PME e SulAmérica Odonto PME

Preço  
válido até  
30/05/2020

Para sua comodidade, segue a cotação de seguro do dia 30/04/2020, feito na medida certa para a sua empresa.

## Produto: 557 - SulAmérica Saúde PME (ambulatório e hospitalar com obstetrícia)

**Empresa:** CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA

**CNPJ:** 26.784.374/0001-39

**Vidas:** 4

**Município do CNPJ da Empresa:** RIO DE JANEIRO

**Tipo de Contratação:** Regra Flex

**Total até 199 funcionários no FGTS:** Sim

**Natureza Jurídica:** 2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

**Documento de Constituição da Empresa:** Contrato Social ou Requerimento de Empresário

**Vigência do Contrato:** 24 meses

**UF:** RJ

## Custos sem Coparticipação

Valores per capita (sem IOF) expressos em Reais (R\$)

Abrangência	Região de precificação	Planos	Acomodação	Faixa Etária										
				0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59+	
Nacional	Rio de Janeiro - Tarifa 1	Especial 100 R1	Apartamento	1 vida(s) R\$ 315,00	1 vida(s) R\$ 393,75	0 vida(s) R\$ 488,25	0 vida(s) R\$ 541,96	0 vida(s) R\$ 579,90	1 vida(s) R\$ 672,68	0 vida(s) R\$ 804,12	1 vida(s) R\$ 942,43	0 vida(s) R\$ 1.121,96	0 vida(s) R\$ 1.889,94	

Prêmio Saúde: R\$ 2.323,86 + IOF (2,38%): R\$ 55,31 =

**Total Prêmio Saúde: R\$ 2.379,17**

  
SulAmérica

Página 1 de 5



**Produto: 557 - SulAmérica Saúde PME (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia)**

**Múltiplos de Reembolso Saúde - Planos Nacionais**

Plano	Não Internado		Internado		
	Consulta	Exames e Terapias	Honorários Médicos	Diárias	Exames e Terapias
Especial 100 R1 Apartamento	3,4	1	2	1	1

\*SADT - Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

**Exemplos de Reembolso Saúde - Planos Nacionais**

Valores expressos em Reais (R\$)

Consultas	Especial 100 R1 Apartamento
Consulta	
Raio-X de Tórax	153,00
Ressonância Magnética De Crânio	21,00
Tomografia Computadorizada De Crânio	550,00
Ultrassom Morfológico	372,50
Ultrassom Obstétrico	134,50
Parto Cesária	70,00
(Cirurgião, Auxiliar, Anestesia, Atendimento ao RN)	2.470,00
Revascularização do Miocárdio / Ponte de Safena	
(Cirurgião, Auxiliares e Anestesia)	3.650,00

Valor da USR (Unidade de Serviço de Reembolso) é de R\$ 0,50



**Produto: 557 - SulAmérica Saúde PME (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia)**

**Considerações Saúde:**

- \* O proponente declara para todos os fins que teve conhecimento da oferta de "Plano Referência", acomodação em enfermaria, de acordo com a lei 9656/98.
- \* Os prêmios poderão ser alterados em função de mudança na distribuição do grupo segurável apresentado e /ou alteração de perfil etário decorrente de aniversário dos componentes.
- \* Os preços SulAmérica saúde são uma referência e poderão ser recalculados com o perfil de risco do contrato específico, conforme análise técnica.
- \* A aceitação da proposta de seguro saúde dependerá de confirmação da SulAmérica, após análise de todas as informações que forem consideradas relevantes.
- \* Esta Proposta não contempla a inclusão de agregados, demitidos/aposentados e afastados.
- \* O período mínimo de vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, com início de vigência a partir da zero hora do dia útil subsequente a quitação bancária do primeiro Boleto. Cumprida a vigência mínima inicial, este Contrato será renovado automaticamente por período indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, por qualquer das partes.
- \* Os valores arrecadados de coparticipação (conforme "Tabela de Coparticipação do PME") serão revertidos à Seguradora. O valor correspondente a coparticipação prevista na cobertura do seguro será deduzida do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

Sinta-se a vontade para entrar em contato comigo.  
Atenciosamente,

**MAIS OPCAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**  
(0000) 0



Página 3 de 5



# Cotação SulAmérica Saúde PME e SulAmérica Odonto PME

Preço  
válido até  
30/05/2020

## Produto: 430 - SulAmérica Odonto PME

**Empresa:** CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA

**CNPJ:** 26.784.374/0001-39

**Vidas:** 4

**Vigência do Contrato:** 24 meses

**UF:** RJ

**Município do CNPJ da Empresa:** RIO DE JANEIRO

**Tipo de Contratação:** Regra Flex

**Total até 199 funcionários no FGTS:** Sim

**Natureza Jurídica:** 2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

**Documento de Constituição da Empresa:** Contrato Social ou Requerimento de Empresário

**Odonto (Sem Coparticipação)** Valores percapita (sem IOF) expressos em Reais (R\$)

Odonto Mais
4 vida(s)
R\$ 20,50

Prêmio Odonto: R\$ 82,00 + IOF (2,38%): R\$ 1,95 =

**Total Prêmio Odonto: R\$ 83,95**

## Múltiplos de Reembolso Odonto

Planos	Cobertura Contratual	Múltiplos de Reembolso
Odonto Mais	Rol Ampliado	1

## Exemplos de Reembolso Odonto - Planos Nacionais

Valores expressos em Reais (R\$)

Consultas	Odonto Mais
Consulta odontológica	14,00
Limpeza (Profilaxia)	17,85
Restauração em resina (1 face)	22,05
Radiografia Panorâmica	28,52
Tratamento de Canal (unirradicular)	66,15
Remoção de dentes inclusos / impactados	123,50
Aplicação tópica de flúor	19,60
Documentação ortodôntica Básica	-

Todos os planos da SulAmérica Odonto possuem reembolso conforme a tabela contratada.

Os valores de reembolsos apresentados são referentes aos valores de reembolsos padrões do SulAmérica Odonto e poderão sofrer alterações conforme opção de contratação da Empresa.



**Produto: 430 - SulAmérica Odonto PME**

**Considerações Odonto:**

- \* A aceitação da proposta de seguro odontológico dependerá de confirmação da SulAmérica, após análise de todas as informações que forem consideradas relevantes.
- \* Informamos que caso haja agregados, os mesmos serão aceitos somente na implantação do contrato, estando condicionada a vigência do grupo de ativos, com comprovação de seguro anterior. Os demitidos/aposentados serão aceitos juntamente ao grupo de ativos. Não estamos considerando funcionários afastados.
- \* O período mínimo de vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, com início de vigência a partir da zero hora do dia útil subsequente a quitação bancária do primeiro Boletim. Cumprida a vigência mínima inicial, este Contrato será renovado automaticamente por período indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, por qualquer das partes.

Sinta-se a vontade para entrar em contato comigo.  
Atenciosamente,

**MAIS OPCAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**  
(0000) 0

 SulAmérica

Página 5 de 5



RIO, 12 DE MAIO DE 2020.

EU, PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA  
SOCIA DA EMPRESA, CANDIDO AUTO CAR VEICULOS  
LTDA, CPF-080.057.567-01, VENHO POR MEIO  
DESTA INFORMAR A SUL AMERICA SAUDE, QUE  
ESTOU CIENTE QUE IREI COMPRAR AS CARENCIAS  
COMO NOVO ASSOCIADO, SEM MAIS.

Paula Bezerra



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
198.472.157-74

Nome  
MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Nascimento  
17/03/2008

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
PARTIHA NACIONAL DE HABILITACAO

1134032561  
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome	JOSE CANDIDO BEZERRA
DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF	085530475D1CRJ
CPF	004.954.067-08
DATA NASCIMENTO	19/06/1969
FILIAÇÃO	MARIA CANDIDO BEZERRA
PERMISSÃO	ACC
CAT. HAB.	AB
VALIDADE	02/07/2020
1ª HABILITAÇÃO	10/10/1989
Nº REGISTRO	000181.621.77

EXERCER ATIV REMUNERADA

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL: RIO DE JANEIRO, RJ

DATA EMISSÃO: 06/07/2015

19359160450  
RJ376607920

1134032561  
PROIBIDO PLASTIFICAR

DETRAN - RJ - RIO DE JANEIRO



# República Federativa do Brasil



Estado do Rio de Janeiro

**Gerson Andrade de Souza Queiroz,**  
Registrador e Notário da 11ª Circunscrição do Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato  
Pilaris - Av. Suburbana, 6776 - ☎ 269-8672 / 594-9836

## CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que à fl. 225 do livro nº EE-0137 do registro de casamentos, sob o número de ordem 53452, consta o de **José Candido Bezerra e Paula Corrêa de Oliveira**. A nubente passou a usar o nome de **Paula de Oliveira Bezerra**. Receberam-se em matrimônio, sob o regime da Comunhão Parcial de Bens, perante Diácono José Pedro Medeiros e as testemunhas Antônio Engrácio Neto e Maria Diva Corrêa Engrácio. **Ele**, solteiro, Comerciante, natural de Paraíba, nascido aos 19 dias do mês de junho do ano de 1969, residente Nesta Cidade, filho de Maria Candido Bezerra. Nacionalidade: Brasileira. **Ela**, solteira, Estudante, natural de Rio de Janeiro, nascida a 01 dia do mês de setembro do ano de 1979, residente Nesta Cidade, filha de Severino Ramos de Oliveira e Josias Corrêa de Oliveira. Nacionalidade: Brasileira. Foram apresentados os documentos exigidos pelo artigo 180 do Código Civil Brasileiro, nºs 1, 2 e 4. O casamento foi realizado aos 19 dias do mês de julho do ano de 1997 às 20:00 horas no(a) Igreja Imaculado Coração de Maria. A inscrição foi realizada no dia 28 de julho de 1997. Observações: -

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR  
LEONARDO DE CAMARGO BARROSO  
ESCRIVENTE  
CART. 11ª CIRCUNSCRIÇÃO





LIGHT SERVIÇOS DE ELETRICIDADE SA  
 AV. MAL. FLORIANO 168 RIO DE JANEIRO RJ  
 CEP 20080-002 CNPJ 60.444.437/0001-46  
 INSC. ESTADUAL 81380.023  
 INSC. MUNICIPAL 00794678

Nota Fiscal - Série 03 no. 1094014  
 Conta de Energia Elétrica  
 REProc E-04/079/5663/2016-IFE-03  
 SEPD 08-2005/0006384-9

CÓDIGO DO CLIENTE: 30204355  
 CÓDIGO DA INSTALAÇÃO: 420849565

DATA DA EMISSÃO: 17/03/2020

Classe / Subclasse: Industrial/Industrial Comum  
 Grupo: E1  
 Subgrupo: E3  
 Medidor: E3  
 Ref. Bancária: 01000695274-7  
 Ref. Mês / Ano: MAR/2020  
 Nº: 9433594

JOSE CANDIDO BEZERRA  
 AV ALDEMIR MARTINS 182 LT 01  
 CA 02  
 RECREIO DOS BANDEIRANTES / RIO DE JANEIRO - RJ  
 CEP 22790-707  
 RESERVADO AO FISCO: E995 EE2A.4107.EBEA.F493.05DD.AD38.3ED7

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 14/04/2020  
 Tensão nominal em volts: 127/220  
 Limites min.: 117/202 V  
 Limites máx.: 193/231 V

REF. MÊS / ANO: MAR/2020  
 TOTAL A PAGAR: R\$ 2.157,60  
 VENCIMENTO: 24/03/2020

Energia ativa	Medição Atual Data	Medição Atual Leitura	Medição Anterior Data	Medição Anterior Leitura	Const Medidor	Consumo kWh	Nº Dias
Tarifa Convencional	17/03/20	40452	13/02/20	38326	1	2126	33

Itens de fatura	CFOP	Unidade	Quant.	Preço Unit R\$	Valor R\$
Energia Elétrica kWh	5.252	kWh	2126	0,96952	2.059,06
Contrib. Custeio Ilum. Pública					48,99
Multa 2% conta de 02/2020 sobre R\$ 1.899,16					37,98
Juros mora 1%am. 14 dia(s) sobre R\$1899,16					8,86
Variação do IGPM: R\$1908,02					2,71

Tarifas em R\$ kWh (sem impactos)	
TUSD + TE*	BANDEIRA
0,62906	Verde
0,67654	Amarela
0,70490	Vermelha

\*TE - Tarifa de Energia e TUSD - Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição

Unidade de Leitura: 041.52526  
 Tarifa sem Tributos: 0,62906

Subtotal Faturamento 2059,06

Subtotal Outros 98,54 (Imposto de Renda sobre multa de 2%, juros e atualização de IGPM, cobrados em conta posterior (Res. ANEEL nº 414 de 09/09/10 e Lei 10.762 de 11/11/2003))

BANDEIRAS TARIFÁRIAS		ADICIONAL BANDEIRAS JÁ INCLUSO NO VALOR A PAGAR	
		BANDEIRA	VALOR (R\$)
	FEV. 2020 VERDE		
	MAR. 2020 VERDE		

Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)	Total da Nota Fiscal (R\$)
ICMS	2.059,06	32,000	658,90	2.059,06
PIS/PASEP	2.059,06	0,540	11,11	
COFINS	2.059,06	2,510	51,68	

CONSUMO / kWh	Conv.
Mar/20	2126
Feb/20	2043
Jan/20	1550
Dez/19	2106
Nov/19	1819
Out/19	1638
Sep/19	1906
Ago/19	1632
Jul/19	1560
Jun/19	1865
Mai/19	1967
Abr/19	1679
Mar/19	2270



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1892534748

NOME  
PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
113976450IFPRJ

CPF 080.857.567-81 DATA NASCIMENTO 01/09/1979

FILIAÇÃO  
SEVERINO RAMOS DE  
OLIVEIRA  
JOSIAS CORREA DE  
OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
B

Nº REGISTRO 00793588022 VALIDADE 02/07/2024 1ª HABILITAÇÃO 30/08/1999



OBSERVAÇÕES  
EAR

Paula Bezerra  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL RIO DE JANEIRO, RJ DATA EMISSÃO 04/07/2019

ASSINATURA DO EMISSOR  
34891125868  
RJ616872615

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1892534748

RIO DE JANEIRO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0207

Polegar Direito

IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR

Assinatura do Titular




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **26.764.744-4**

DATA DE EXPEDIÇÃO **01/06/2012**

VALIDADE: **17/03/2026**

NOME **MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA BEZERRA**

FILIAÇÃO **JOSE CANDIDO BEZERRA**

**PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA**

NATURALIDADE **RIO DE JANEIRO**

DOC. ORIGEM **C. NASC LIV 15A-171 FLS 53**

RIO DE JANEIRO **RJ**

CPF **002**

DATA DE NASCIMENTO **17/03/2008**

TERM **56053 C 012**

*Fernando Azevedo S. Vieira*

FERNANDO AZEVEDO S. VIEIRA

PRESTIDENCIÁRIO DETRAN RJ

MTR. 24/007.330-7

0207

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



**2.º ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE**  
**"CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA"**  
**CNPJ: 26.784,374/0001-39**

**VIVIANE LAURENTINO BEZERRA TEIXEIRA** brasileira, natural do Estado do Rio de Janeiro, casada sob regime de comunhão parcial de bens, nascida em 22/07/1987, Empresária, portadora da carteira de identidade n.º 06488784046 DETRAN/RJ, e CPF/MF n.º 083.022.974-45, residente e domiciliada na Avenida Brasil n.º 33.000, BL 08 Apt501 - Bangu - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21.860-570.

**PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA** brasileira, natural do Estado do Rio de Janeiro, solteira, nascida em 01/09/1979, Empresária, portadora da carteira de identidade n.º 00793588022 DETRAN/RJ e CPF/MF n.º 080.857.567-81, residente e domiciliada na Rua Viveiros de Castro n.º 158 Apt.º 402 - Copacabana - Rio de Janeiro -RJ- CEP.: 22.021-010. Únicas sócias da Sociedade Empresaria Limitada sob a denominação de "**CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA**" com sede e foro na **Rua Padre Manuel da Nóbrega N.º 971- Quintino Bocaiúva - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21.381-009** CNPJ:(MF)sob o n.º 26.784.374/0001-39. Com seu contrato devidamente registrado e arquivado na Junta Comercial do Rio de Janeiro, sob o NIRE: 33.2.1028861-0 em sessão 02/01/2017, resolvem entre si, de pleno e comum acordo, e na melhor forma da lei, alterar o respectivo contrato social mediante as cláusulas seguintes:

1ª: É admitido na sociedade o Sr.º **EDUARDO ROZENA MOREIRA** brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro, nascido em 16/06/1970, solteiro, empresário, portador da carteira nacional de habilitação n.º 00327138207 DETRAN/RJ e CPF/MF n.º 986.995.047-72, residente e domiciliado na Rua Monterrey n.º 45 - Ramos - Rio de Janeiro RJ CEP: 21.061-480

2ª: A sócia **VIVIANE LAURENTINO BEZERRA TEIXEIRA** possuidora 50.000,00 (Cinqüenta Mil) quotas no total vende e transfere suas quotas para os sócios ora já admitidas na seguinte proporção; 33.000 quotas para **EDUARDO ROZENA MOREIRA** pelo preço certo e ajustado de R\$ 33.000 (Trinta e Três Mil Reais), e 17.000 quotas para **PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA** pelo preço certo e ajustado de R\$ 17.000 (Dezessete Mil Reais) sendo pagos neste ato à vista em dinheiro moeda corrente do país onde os cedentes e os adquirentes dão plena, geral, raza e irrevogável quitação, não tendo mas nada a reclamar em juízo ou fora.

1ª: Altera-se neste ato o objeto social da empresa que passará a exercer as seguintes atividades: Corretores e Agentes de Seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, Representantes Comerciais e agentes do comércio de veículos automotores, Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários novos.

Em virtude das modificações ora ajustadas, consolida-se o contrato social, com a seguinte redação.

**CONTRATO SOCIAL**  
**"CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA"**

**PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA** brasileira, natural do Estado do Rio de Janeiro, solteira, nascida em 01/09/1979, Empresária, portadora da carteira de identidade n.º 00793588022 DETRAN/RJ e CPF/MF n.º 080.857.567-81, residente e domiciliada na Rua Viveiros de Castro n.º 158 Apt.º 402 - Copacabana - Rio de Janeiro -RJ- CEP.: 22.021-010

**EDUARDO ROZENA MOREIRA** brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro, nascido em 16/06/1970, solteiro, empresário, portador da carteira nacional de habilitação n.º 00327138207 DETRAN/RJ e CPF/MF n.º 986.995.047-72, residente e domiciliado na Rua Monterrey n.º 45 - Ramos - Rio de Janeiro RJ CEP: 21.061-480

*(Handwritten signatures and initials)*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro Empresa: CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA EPP NIRE: 332.1028861-0 Protocolo: 00-2019/657919-8 Data do protocolo: 26/11/2019 CERTIFICADO O ARQUIVAMENTO em 26/11/2019 SOB O NÚMERO 00003813753 e demais constantes do termo de autenticação. Autenticação: B9F012F41D3D038DB15DD326C8B76953C4EBFBCF0B4C98B851537DB323EC7DB6 Para validar o documento acesse <a href="http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital">http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital</a> , informe o n.º de protocolo. Pag. 4/7	
--	---



1ª: " Por este instrumento fica consolidada uma sociedade que gira sob a Razão Social de: "CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA" com sede e foro na Rua Padre Manuel da Nóbrega n.º 971 – Quintino Bocaiúva – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21.381-009.

2.º A sociedade tem como objetivo social: Corretores e Agentes de Seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, Representantes Comerciais e agentes do comércio de veículos automotores, Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários novos.

3ª: O Capital Social é de R\$ 100.000,00 (Cem Mil Reais), dividido em 100.000 (Cem mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada, totalmente subscrito realizado e integralizado em dinheiro moeda corrente no país, e assim distribuído entre os sócios na seguinte proporção:

PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA	67.000 quotas	67%	RS 67.000,00
EDUARDO ROZENA MOREIRA	33.000 quotas	33%	RS 33.000,00
Totalizando	100.000 quotas	100%	RS 100.000,00

4ª: A sociedade iniciou suas atividades em 02/01/2017, e seu prazo de duração é indeterminado.

5ª: As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições o preço e direito de preferência para sua aquisição, se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente, em conformidade com o Artigo 1.056 c/c 1.057 do Código Civil Pátrio.

6ª: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, em conformidade com o Artigo 1.052 do código Civil Pátrio.

7ª: A administração da sociedade caberá a ambos sócios que assinam em conjunto ou isoladamente, com poderes e atribuições de *Sócio Administrador* autorizado ao uso do caixa dos negócios sociais de sua denominação social, que utilizarão em papeis de reais interesses aos fins sociais, ficando proibido seu uso em negócios estranhos, tais como fiança, avais, assinaturas a título de favor, etc., sem a prévia autorização do outro sócio, em conformidade com os Artigos 997, VI c/c 1.013 c/c 1.015 e 1.064 do Código Civil Pátrio.

**Parágrafo único** - Os sócios, por unanimidade, poderão nomear em nome da sociedade administrador, por instrumento separado.

8ª: Ao término de cada exercício social e fiscal, em 31 de Dezembro, será procedido o Balanço do exercício da Sociedade, sendo os lucros ou prejuízos, verificados, serão divididos ou suportados entre os sócios, de maneira proporcional à sua participação direta no resultado (lucro ou prejuízo)

**Parágrafo primeiro** – Os sócios farão jus à distribuição e antecipação de lucros, na forma autorizada pela legislação pátria, observada a proporcionalidade decorrente da participação direta de cada sócio no resultado financeiro da(s) operação (s).

9ª: Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão o administrador (ES) quanto for o caso, em conformidade com os artigos 1.071 c/c 2º artigo 1.072 c/c artigo 1.078 do Código Civil Pátrio.


Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA EPP  
NIRE: 332.1025861-0 Protocolo: 00-2019/657919-S Data do protocolo: 26/11/2019  
CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO em 26/11/2019 SOB O NÚMERO 00603813753 e demais constantes do termo de autenticação.  
Autenticação: B9F012F41D3D038DB15DD326C8E76953C4EBEBCF0B4C98B851537DB323EC7DB6  
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 5/7



10º: Os sócios poderão de comum acordo, fixar uma retirada mensal a título de pro labore, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

11º: Em caso de falecimento de quaisquer dos sócios, a sociedade não se dissolverá. Será realizado um Balanço Especial, se convier aos herdeiros do pré-morto, será lavrado novo contrato com a inclusão destes com os seus direitos legais, ou então os herdeiros receberão todos os seus haveres em proporções, assim distribuídas entre os sócios: 30% (trinta por cento) a vista e o restante em 10 (dez), parcelas mensais, iguais, sucessivas e corrigidas pelo indexador oficial do governo vigente na época, vencendo a primeira parcela 30(trinta) dias após o pagamento feito a vista.

12º: No caso de liquidação, dissolução, falência ou retirada de um dos sócios será levantado, na data do evento, balanço patrimonial especial, para apuração dos haveres dos sócios, observando-se os mesmos termos da cláusula imediatamente acima

13º: Os sócios podem retirar-se da sociedade mediante notificação aos demais sócios com a antecedência mínima de sessenta dias.

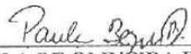
14º: Os SÓCIOS ADMINISTRADORES, sob pena da Lei, DECLARAM EXPRESSAMENTE, de que não esta impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente o acesso a cargos públicos: ou por crime falimentar de prevaricação feita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade, em conformidade com o 1º do artigo 1.011 do Código Civil Pátrio.

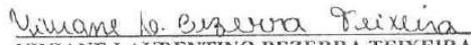
15º: Os sócios quotistas DECLARAM EXPRESSAMENTE que não estão incurso em nenhum dos crimes previstos em lei que os impeçam de exercer atividade mercantil, em conformidade com o 1º do artigo 1.011 do Código Civil Pátrio.

16º: Os Sócios elegem o Fórum da Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para serem dirimidas as controvérsias oriundas do Presente Instrumento, renunciando desde já a outros por mais privilegiado que sejam, mesmo que venha a ter futuro domicílio.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em 01 (uma) via de igual teor e forma, para a mesma finalidade, fazendo respeitar por si, seus herdeiros ou sucessores legais, ficando uma destas vias arquivadas na JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, para que sejam produzidos os fins legais.

Rio de Janeiro

  
\_\_\_\_\_  
PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA

  
\_\_\_\_\_  
VIVIANE LAURENTINO BEZERRA TEIXEIRA

  
\_\_\_\_\_  
EDUARDO ROZEN A MOREIRA

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA EPP

NIRE: 332.1028861-0 Protocolo: 00-2019/657919-8 Data do protocolo: 26/11/2019

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 26/11/2019 SOP O NUMERO 00003813753 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: B9FD12F41D3D038DB15DD326C8B76953C425FBCF0B4C98B851537DB323EC7DB6

Para validar o documento acesse <http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 6/7



## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>26.784.374/0001-39</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>		DATA DE ABERTURA <b>29/12/2016</b>
NOME EMPRESARIAL <b>CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE <b>EPP</b>
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>45.11-1-01 - Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários novos</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>45.12-9-01 - Representantes comerciais e agentes do comércio de veículos automotores</b> <b>66.22-3-00 - Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R PADRE MANUEL DA NOBREGA</b>	NÚMERO <b>971</b>	COMPLEMENTO *****	
CEP <b>21.381-009</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>QUINTINO BOCAIUVA</b>	MUNICÍPIO <b>RIO DE JANEIRO</b>	UF <b>RJ</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE <b>(21) 6480-1674</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>29/12/2016</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 13/05/2020 às 11:01:28 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

 CONSULTAR QSA
  VOLTAR
  IMPRIMIR

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).

[Passo a passo para o CNPJ](#)

[Consultas CNPJ](#)

[Estatísticas](#)

[Parceiros](#)

[Serviços CNPJ](#)



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL

© 2018 PORTAL DA REDESIM. Todos direitos reservados.

/



Assinado eletronicamente por: LEONARDO DE CAMARGO BARROSO - 19/09/2022 15:11:48  
<https://tjrj.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22091915114755600000028910840>  
Número do documento: 22091915114755600000028910840

s00mfp02

Host Editar Visualizar Opções Ferramentas Ajuda

MCEAM01 SISCAD - SISTEMA DE CADASTROS DATA: 09/08/2022  
 W577 MANUTENCAO DO CADASTRO DE EMPRESAS HORA: 18:42:29

OPCAO ==> 1 CONSULTA SIT S/N>: FAT1 N MOT.CANC: 39 BLOQ S  
 EMPRESA SMUPY GRUPO 3PME PROD 557 EMP CPL QT GPO SEG 4 \* ADESA 100  
 RZ SOCIAL CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA BLQ.AUT: S  
 NM FANTASIA CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA ABREV SMUPY ADESAC N ANS: S  
 END PADRE MANUEL DA NOBREGA 971 BAIR QUINTINO BOCAIU CEP 21381 - 9  
 CID RIO DE JANEIRO UF RJ CONTR RESP PAULA DE OLIVEIRA BEZERRA  
 TEL 964364216 FX TP CONTR 3 PROP 00416920 AP SAUD 197309429  
 DTA 21052020 SEG 9512 SUC/INS/COR 0132 0000 00000 ES.AP 68022 UOF 5576  
 ES.VD 2841843 AP/VD 000034835 000000000 T.ADM COM SAS 0002.00 CAR 630  
 DIAS CAREN 000 24HS(A/B/C) N N N PERM FEM:INI X COM COMPR X PERM MASC:INI X  
 COM COMPR X COD C I 0800 CLAS 1 FAT BENEF(S/N) S RED 000 \* FAT CTAS(S/N) N  
 RED 000 \* FAT ODOM 000 OUTROS 000 FAT MIN 000000000 UNID 0002 TP FAT(1 A 8 ) 4  
 \*MANUT 000000 REEMB(C/D/F) D DIST REEMB 1 DIST FAT 1 DIA FAT 21 VECTO FAT 21  
 REMISSAO(S N) S COBERT ADIC N AP VIDA V.AUTOM (A B C)  
 F COBR 3 COMPENSACAO BANCO AGENC C C  
 CARTAO AGENC CONTRAT BANCO COBR 33 IOF S COM.ANTEC. N  
 AUTARQ(S/N) N INTERC(S/N) N LICITAT(S/N) N M.ELETR(S/N) N REVERS(S/N) N  
 PAM IN 21052020 FIS 21052020 FIM 20112021 PG 990 EXC 990 CAL 2 DT 21052020  
 PAO IN FIS FIM PG 990 EXC 990 CAL 2 DT  
 =< > ===== PF6 PARA DADOS DE UNIFICACAO V-2.63  
 MEDA5234 ENTER-CONT PF1-HELP PF2-NAV PF3-CANC PF5-MOTCANC PA1-SAIDA PA2-VOLTA

Conectado a s00mfp02 10/38 CAPS NUM 18:42:36 IBM-3278-2 - RIO21368

s00mfp02

Host Editar Visualizar Opções Ferramentas Ajuda

MFI2M01 SISFIN - SISTEMA DE INFORMACAO GERENCIAL DATA: 09/08/2022  
 W577 CONSULTA DE PREMIO DE SEGURO SAUDE EMITIDOS HORA: 18:42:59

EMPRESA : SMUPY OU APOL/DESD: 19730 942 OU N/REF(-DV):  
 OU SEQUENCIAL: RAZAO SOCIAL: CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA  
 SUCURSAL: 132 INSPETORIA : GRUPO : 3PME  
 MESANO COMPETENCIA INICIAL : 012000 MES/ANO COMPETENCIA FINAL : 019999

OP	COMPET.	CP	TP	VL.FATURA	DATA DE ATUALIZACAO	DATA DE PAGAMENTO	VL.PAGTO	SITUACAO
	21/11/2021	PR		2601.60	17/11/2021			CANCELADA
	21/10/2021	PR		2601.60	24/09/2021			INTEGRADA
	21/09/2021	PR		2601.60	23/09/2021			INTEGRADA
	21/08/2021	PR		2601.60	27/07/2021	20/09/2021	2729.08	PAGA
	21/07/2021	PR		2601.60	25/06/2021	20/09/2021	2814.93	PAGA
	21/06/2021	PR		2601.60	23/06/2021	26/07/2021	2705.63	PAGA
	21/05/2021	PR		2601.60	23/06/2021	09/07/2021	2669.23	PAGA
	21/04/2021	PR		2379.17	14/04/2021	18/06/2021	2552.85	PAGA
	21/03/2021	PR		2379.17	02/03/2021	20/05/2021	2569.50	PAGA
	21/02/2021	PR		2379.17	03/02/2021	12/04/2021	2545.71	PAGA
	21/01/2021	PR		2379.17	28/12/2020	01/03/2021	2519.54	PAGA

PF4=RATEIO PF6=PRM P/ PLANO PF7=HIST PF9=CONS.COMISS PF11=MULTA  
 =< >===== V-2.96  
 MEDA5087A \*\* PF3-CANCELA PF6-CONSULTA PF8-PROX.TELA PA1-SAIDA PA2-MENU

Conectado a s00mfp02 11/2 CAPS NUM 18:43:00 IBM-3278-2 - RIO21368



## PLANILHA DE DÉBITOS JUDICIAIS

Data de atualização dos valores: agosto/2022

Indexador utilizado: TJ/RJ (Tabela Tribunal Just RJ)

Juros moratórios simples de 1,00% ao mês

Acréscimo de 2,00% referente a multa.

Honorários advocatícios de 0,00% - (não aplicável sobre a multa).

ITEM	DESCRIÇÃO	DATA	VALOR SINGELO	VALOR ATUALIZADO	JUROS		MULTA 2,00%	TOTAL
					COMPENSATÓRIOS 0,00% a.m.	MORATÓRIOS 1,00% a.m.		
1		21/10/2021	2.601,60	2.872,76	0,00	287,28	57,46	3.217,50
2		21/11/2021	2.601,60	2.872,76	0,00	258,55	57,46	3.188,77
Sub-Total							R\$ 6.406,26	
TOTAL GERAL							R\$ 6.406,26	



PLANILHA DE DÉBITOS

Apólice nº 197309429

Estipulante. CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA

Atualizada até 01/09/2022

Discriminação dos Débitos	Vencimento	Competência	Valor	Valor Corrigido (índice T.J/SP)	Juros (1% ao mês)	Multa de 2%	Total
Prêmio	21/10/2021	out/21	R\$ 2.601,60	R\$ 2.872,76	R\$ 287,28	R\$ 57,46	R\$ 3.217,50
Prêmio	21/11/2021	nov/21	R\$ 2.601,60	R\$ 2.872,76	R\$ 258,55	R\$ 57,46	R\$ 3.188,77
<b>TOTAL GERAL</b>							<b>R\$ 6.406,27</b>





## Extrato de GRERJ ELETRÔNICA

GRERJ: 4253050443266

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

CPF/CNPJ: 01.685.053/0001-56

Autenticação: 00022383921

Pagamento: 14/09/2022

Nome de quem faz o recolhimento: SUL AMERICA  
COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

Uso: GRERJ conferida incorreta - A MENOR

Informação complementar:

### Itens

Receita/Conta	Descrição	Valor
1102-3	Atos dos Escrivães	231,88
1110-6	Atos de Citação/Intimação/Ofício por via postal e conferência de cópias	29,37
2001-6	CAARJ / IAB	26,12
6246-0088009-4	ARRECADANÇAÇÃO 20% - LEI 3217/99	26,53
6898-0004245-5	OUTROS FUNDOS	19,69
6898-0000208-9	OUTROS FUNDOS	19,69
2101-4	Taxa Judiciária	160,93
2212-9	Diversos	22,48
1669-0012095-2	DISTRIBUIDOR PRIVATIZADO	132,69
2705-2	DISTRIBUIDOR CAPITAL - OUTRAS COMPETENCIAS - LEI Nº 6370/2012	9,62
<b>Total:</b>		<b>679,00</b>

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2022

ELAINE GARRIDO MOREIRA

26151

**Observação: Cálculo do FUNDPERJ e do FUNPERJ -: 5% dos valores atinentes às custas judiciais e aos emolumentos de registro/baixa.**

1



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**CERTIDÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Certifico que o domicílio da parte Ré está abrangida na competência funcional do Fórum Regional de Madureira e as custas foram recolhidas à menor:

Conta 2101-4 no valor de R\$ 207,30

Conta 2212-9 no valor de R\$ 4,23

V. Exa decidirá.

RIO DE JANEIRO, 20 de setembro de 2022.

ELAINE GARRIDO MOREIRA



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Intime-se o autor, pessoalmente, pelo cadastro de pessoas jurídicas, para complementar as custas judiciais ( conta 2101-4 no valor de R\$ 207,30 e Conta 2212-9 no valor de R\$ 4,23). Prazo de 05 dias, sob pena de cancelamento da distribuição.

RIO DE JANEIRO, 20 de setembro de 2022.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO

Juiz Titular



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DE  
MADUREIRA – RJ**

**GRERJ nº 62531709579-84**

**Processo nº: 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE**, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, que move em face de **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP**, vem perante V. Exa., por seu patrono infra-assinado, comprovar o recolhimento das custas iniciais complementares, conforme GRERJ supra, pugnando pelo regular prosseguimento do feito.

Rio de Janeiro/RJ, 27 de setembro de 2022.

**LEONARDO DE CAMARGO BARROSO**  
**OAB/RJ 082.139**

Avenida Rio Branco, nº 100 – 19º andar – Rio de Janeiro  
Tel.: (21) 2157-0773 – email: [felizardo@felizardo.com](mailto:felizardo@felizardo.com)





### Comprovante de Transação Bancária

IMPOSTO/TAXAS

Data da operação: 27/09/2022

Nº Controle: 949.678.372.578.113.092 | Autenticação Bancária: 031.919.566

Conta de débito: **Agência: 468 | Conta: 19935-4 | Tipo: Conta-Corrente**

Empresa:

**ADVOCACIA FELIZARDO BARROSO & ASSOCIADOS | CNPJ: 035.813.328/0001-01**

Código de barras: **8682000002-0 11532853873-0 42022101162-5 53170957984-7**

Empresa / Órgão:

**RJ-GRERJ ELETRONICA**

Descrição: **IMPOSTO/TAXAS**

NUMERO DA GUIA: **6253170957984**

Data de débito: **27/09/2022**

Data do vencimento: **11/10/2022**

Valor principal: **R\$ 211,53**

Desconto: **R\$ 0,00**

Juros: **R\$ 0,00**

Multa: **R\$ 0,00**

Valor do pagamento:

**R\$ 211,53**

A transação acima foi realizada por meio do INTERNET - PESSOA JURIDIC.

O Lançamento do valor consta no extrato de Conta-Corrente, junto a Agência do débito nº. **468**, da data de pagamento **27/09/2022**.

### Autenticação

wF@luQHU lt6iBd2R @xvlnC\*d yzae9mIj Vjhht#Lk of\*5MqO9 \*uRaOrCN fz5rIKVU  
J?IhSM8L #KeKf6dj 3ba3gLti \*\*KW2Bf? 8zDdv?tq 6nrBArXK BsUyViuS ro2gLLQS  
oXY49cg2 YvOnggu6 yBPme\*H7 f4Wh7@6W k#qnVJEH a7oTEvpm 00602722 00210011

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco  
**0800 704 8383**

Deficiente Auditivo ou de Fala  
**0800 722 0099**

Cancelamentos, Reclamações e  
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias  
por semana.

Demais telefones  
consulte o site  
Fale Conosco

**Ouvidoria 0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.







ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
Regional de Madureira MADUREIRA REGIONAL 2 VARA CIVEL

## Extrato de GRERJ ELETRÔNICA

GRERJ: 6253170957984

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

CPF/CNPJ: 01.685.053/0001-56

Autenticação: 00031919566

Pagamento: 27/09/2022

Nome de quem faz o recolhimento: SUL AMERICA  
COMPANHIA DE SEGUROS SAUDE

Uso: GRERJ conferida correta

Informação complementar: PROCESSO: 0814035-34.2022.8.19.0202  
POLO PASSIVO - CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP POLO ATIVO - SUL AMERICA  
COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

### Itens

Receita/Conta	Descrição	Valor
2101-4	Taxa Judiciária	207,30
2212-9	Diversos	4,23
<b>Total:</b>		211,53

Rio de Janeiro, 3 de outubro de 2022

ANGELA PIRES FERREIRA

26564

**Observação: Cálculo do FUNDPERJ e do FUNPERJ -: 5% dos valores atinentes às custas judiciais e aos emolumentos de registro/baixa.**

1



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**CERTIDÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Certifico que deixo de cumprir o R. Despacho do index 30232171, tendo em vista a correta complementação das custas, conforme Grerj retro.

RIO DE JANEIRO, 3 de outubro de 2022.

ANGELA PIRES FERREIRA



## Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro

Comarca da Capital - Regional de Madureira

2ª Vara Cível da Regional de Madureira

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

### DECISÃO

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Cite-se a parte executada para pagar a dívida no prazo de 03 (três) dias, contado da citação (CPC, art. 829), constando do mandado ordem de penhora e a avaliação a serem cumpridas pelo oficial de justiça tão logo verificado o não pagamento no prazo assinalado, de tudo lavrando-se auto, com intimação do executado (CPC, art. 829, § 1º).

Desde logo intime a parte devedora para caso não proceda ao pagamento, indique bens e sua respectiva localização, comprovando a propriedade, no mesmo prazo acima mencionado, sob pena de incidência de multa de 20% (vinte por cento) do valor do débito com fulcro nos arts. 774, V e parágrafo único, ambos do CPC. Fica advertido o executado que qualquer ato de procrastinação, de fraude, de oposição maliciosa à execução, que vise dificultar ou embaraçar a realização de penhora, de resistência às ordens judiciais, inclusive através de embargos desprovidos de fundamento, será tratado também como ato atentatório à dignidade da Justiça (arts. 774 e 918, do CPC), com multa por evento de até 20% (vinte por cento) sobre o valor em execução (art. 774, § único, do CPC).

Fixo os honorários advocatícios em 10% (dez por cento) sobre o valor do débito, verba essa que será reduzida pela metade caso a parte executada efetue o pagamento no prazo mencionado (CPC, art. 827, § 1º).

Eventuais embargos devem ser opostos no prazo de 15 (quinze), contado, conforme o caso, na forma do art.231 do CPC (CPC, art. 915).

RIO DE JANEIRO, 3 de outubro de 2022.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO  
Juiz Titular





**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**CERTIDÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Mandado postal expedido.

RIO DE JANEIRO, 28 de outubro de 2022.

ANGELA PIRES FERREIRA



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**CERTIDÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Certifico que, nesta data, foi juntado o AR que se segue.

RIO DE JANEIRO, 1 de dezembro de 2022.

ELAINE GARRIDO MOREIRA





**CORREIOS**

**AVISO DE RECEBIMENTO - AR**  
OBJETO DE SERVIÇO

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

INTIMAÇÃO

CITAÇÃO

AGÊNCIA DE POSTAGEM

Nº DO OBJETO / Nº

DATA DE POSTAGEM

**BR 83695722 3 BR**



NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO

CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP  
PADRE MANUEL DA NOBREGA, , 971 -  
CEP:21381-009 QUINTINO BOCAIUVA - RIO DE JANEI  
0814035-34.2022.8.19.0202  
CITACAO

**BR 83695722 3 BR**



**BR 83695722 3 BR**

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE

Regional de Madureira  
Cartório da 2ª Vara Cível  
Av. Ernani Cardoso, 152  
Cascadura  
CEP - Rio de Janeiro - RJ



U.F.

*faen*

DATA RECEBIMENTO

ASSINATURA DO RECEBEDOR

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

12/11/22

*ELAINE GARRIDO MOREIRA*

*89588364*





**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Diante da citação positiva, diga o exequente como pretende prosseguir, no prazo de 05 dias.

RIO DE JANEIRO, 24 de janeiro de 2023.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO

Juiz Titular



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DE  
MADUREIRA – RJ.**

**Processo nº: 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE**, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, que move em face de **CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA**, vem perante V. Exa., por seu patrono infra-assinado expor e ao final requerer o que segue:

Compulsados os autos, verifica-se que a empresa executada foi devidamente citado conforme AR positivo juntado em *ID 38248531*. Contudo, ficou-se inerte quanto ao pagamento da dívida, transcorrendo *in albis* o prazo legal.

Desse modo, para fins de prosseguimento do feito e satisfação da execução, requer a penhora online dos ativos financeiros da empresa executada, por meio do sistema Sisbajud, determinando sua indisponibilidade até o montante atualizado do débito.

Por fim, requer tanto a juntada da planilha de débito atualizada, quanto da guia de custas e seu comprovante de pagamento.

Rio de Janeiro/RJ, 08 de fevereiro de 2023.

Avenida Rio Branco, nº 100 – 19º andar – Rio de Janeiro  
Tel./Fax: (21) 2157-0773 – email: felizardo@felizardo.com.br



ADVOCACIA

Felizardo Barroso  
& Associados

[www.felizardo.com.br](http://www.felizardo.com.br)

**LUIZ FELIZARDO BARROSO**

**OAB/RJ 082.139**

Avenida Rio Branco, n° 100 – 19° andar – Rio de Janeiro  
Tel./Fax: (21) 2157-0773 – email: [felizardo@felizardo.com.br](mailto:felizardo@felizardo.com.br)



Assinado eletronicamente por: LUIZ FELIZARDO BARROSO - 08/02/2023 16:59:31  
<https://tjrj.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23020816593092600000043276341>  
Número do documento: 23020816593092600000043276341

Num. 45256842 - Pág. 2





### Comprovante de Transação Bancária

IMPOSTO/TAXAS

Data da operação: 07/02/2023

Nº Controle: 659.767.590.917.342.025 | Autenticação Bancária: 037.092.615

Conta de débito: **Agência: 468 | Conta: 19935-4 | Tipo: Conta-Corrente**

Empresa:

**ADVOCACIA FELIZARDO BARROSO & ASSOCIADOS | CNPJ: 035.813.328/0001-01**

Código de barras: **8687000000-3 21572853873-4 42023022130-0 63290757391-2**

Empresa / Órgão:

**RJ-GRERJ ELETRONICA**

Descrição: **IMPOSTO/TAXAS**

NUMERO DA GUIA: **3063290757391**

Data de débito: **07/02/2023**

Data do vencimento: **21/02/2023**

Valor principal: **R\$ 21,57**

Desconto: **R\$ 0,00**

Juros: **R\$ 0,00**

Multa: **R\$ 0,00**

Valor do pagamento:

**R\$ 21,57**

A transação acima foi realizada por meio do INTERNET - PESSOA JURIDIC.

O Lançamento do valor consta no extrato de Conta-Corrente, junto a Agência do débito nº. **468**, da data de pagamento **07/02/2023**.

### Autenticação

XSpRHW?@ fDQhENyH LYp8gQAz Py@ILrJK @Nptq38F mhrzHbRq HKNdcLnD NTZ\*WP8Z  
ocqkgVmA I6M2QUu2 DdCqodT2 SbmyowvU LuP\*\*aNX #xap8scA cs1NmM29 1DLf1cQ?  
GpDI3Zgk bnuqwiJz T2ynPBlw r@Zq61lD uW5zgJ4H m@sSsP8N 00600723 00010021

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco  
**0800 704 8383**

Deficiente Auditivo ou de Fala  
**0800 722 0099**

Cancelamentos, Reclamações e  
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias  
por semana.

Demais telefones  
consulte o site  
Fale Conosco

**Ouvidoria** **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Venha a planilha do débito, conforme mencionado no index 30.

RIO DE JANEIRO, 29 de junho de 2023.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO

Juiz Titular



ADVOCACIA

Felizardo Barroso  
& Associados

[www.felizardo.com.br](http://www.felizardo.com.br)

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DE  
MADUREIRA - RJ**

**Processo nº: 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE**, devidamente qualificada nos autos da Ação supra que move em face de **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP**, vem, perante V. Exa., por meio de seu advogado infra-assinado, requerer a juntada da planilha de débito devidamente atualizada, pugnando pelo prosseguimento do feito.

Termos em que,  
Pedem deferimento.

Rio de Janeiro/RJ, 07 de julho de 2023.

**LEONARDO DE CAMARGO BARROSO**  
**OAB/RJ 82.139**

Avenida Rio Branco, nº 100 – 19º andar – Rio de Janeiro  
Tel.: (21) 2157-0773 – email: [felizardo@felizardo.com](mailto:felizardo@felizardo.com)



**PLANILHA DE DÉBITOS JUDICIAIS**

**Data de atualização dos valores: junho/2023**  
**Indexador utilizado: TJ/RJ (Tabela Tribunal Just RJ)**  
**Juros moratórios simples de 1,00% ao mês**  
**Acréscimo de 2,00% referente a multa.**  
**Honorários advocatícios de 10,00%.**

ITEM	DESCRIÇÃO	DATA	VALOR SINGELO	VALOR ATUALIZADO	JUROS		MULTA 2,00%	TOTAL
					COMPENSATÓRIOS 0,00% a.m.	MORATÓRIOS 1,00% a.m.		
1	Prêmio	21/10/2021	2.601,60	3.042,26	0,00	608,45	60,85	3.711,56
2	Prêmio	21/11/2021	2.601,60	3.042,26	0,00	578,03	60,85	3.681,14
<b>Subtotal</b>							<b>R\$ 7.392,69</b>	
Honorários advocatícios (10,00%) (+)							R\$ 739,27	
<b>Subtotal</b>							<b>R\$ 8.131,96</b>	
<b>TOTAL GERAL</b>							<b>R\$ 8.131,96</b>	





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO  
**CERTIDÃO AUTOMÁTICA**

Autos de número: **0814035-34.2022.8.19.0202**

Protocolo Sisbajud: **20230015560377**

A tentativa de bloqueio eletrônico de valores para o(s) executado(s) **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP (26784374000139) R\$ 8131.96** restou **INFRUTÍFERA**. Não há saldo disponível.

Documento assinado de forma automática com certificado institucional, nos termos do artigo 4º-D da Resolução nº 185/2013 do CNJ.

02/10/2023



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DECISÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Em consulta ao sistema SISBAJUD, não houve saldo suficiente à efetivação da penhora on line. .

Considerando a tese definida pelo STJ no incidente de Assunção de Competência no REsp 1.604.412/SC, bem como o disposto no artigo 40, §2º, da Lei 6830/80, artigo 202, parágrafo único, do Código Civil de 2002 e artigos 947 e 1056, ambos do CPC/2015, e que o feito encontra-se paralisado em razão da não localização de bens hábeis a satisfação do débito objeto da execução, determino a **SUSPENSÃO** do processo pelo prazo de 1 ano, lapso durante o qual o credor deverá diligenciar em busca de bens penhoráveis, requerendo o desarquivamento do feito e seu prosseguimento a qualquer momento, tão logo localize tais bens.

Remetam-se os autos ao arquivo , devendo retornar à serventia findo o prazo de suspensão de 1 ano.

RIO DE JANEIRO, 2 de outubro de 2023.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO

Juiz Titular



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**INTIMAÇÃO VIA DJERJ**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO : CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Intimação sobre Decisão de índice 80256088 enviada para publicação no Diário da Justiça Eletrônico do Estado do Rio de Janeiro (DJERJ) para:

Parte: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

Advogado(s): [Dr(a). LEONARDO DE CAMARGO BARROSO - OAB RJ82139]

Procuradoria: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE - (01685053000156)

Prazo: 0 dias

Meio de comunicação: Diário Eletrônico.

RIO DE JANEIRO, 2 de outubro de 2023.

O presente documento foi gerado automaticamente pelo sistema com certificado digital A1.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DE  
MADUREIRA – RJ**

**PROCESSO N° 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, devidamente qualificado nos autos da ação supra que move em face **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP**, vem, perante V. Exa., por seu advogado infra-assinado, expor e ao final requerer o que segue:

Compulsados os autos, verifica-se que a pesquisa realizada junto ao **SISBAJUD** resultou infrutífera.

Diante disso, requer a exequente, à título de complementação da penhora, **a realização da pesquisa através dos sistemas INFOJUD e RENAJUD em nome do executado**, visando à obtenção de informações quanto à existência de bens de propriedade do mesmo.

Pede Deferimento.

Rio de Janeiro/RJ, 10 de outubro de 2023.

**Leonardo de Camargo Barroso**  
**OAB/RJ 82.139**







### Comprovante de Transação Bancária

IMPOSTO/TAXAS

Data da operação: 10/10/2023

Nº Controle: 983.942.615.525.584.680 | Autenticação Bancária: 034.015.476

Conta de débito: **Agência: 468 | Conta: 19935-4 | Tipo: Conta-Corrente**

Empresa:

**ADVOCACIA FELIZARDO BARROSO & ASSOCIADOS | CNPJ: 035.813.328/0001-01**

Código de barras: **86880000000-5 43142853873-3 42023102482-7 63250261045-6**

Empresa / Órgão:

**RJ-GRERJ ELETRONICA**

Descrição: **IMPOSTO/TAXAS**

NUMERO DA GUIA: **8263250261045**

Data de débito: **10/10/2023**

Data do vencimento: **24/10/2023**

Valor principal: **R\$ 43,14**

Desconto: **R\$ 0,00**

Juros: **R\$ 0,00**

Multa: **R\$ 0,00**

Valor do pagamento:

**R\$ 43,14**

A transação acima foi realizada por meio do INTERNET - PESSOA JURIDIC.

O Lançamento do valor consta no extrato de Conta-Corrente, junto a Agência do débito nº. **468**, da data de pagamento **10/10/2023**.

### Autenticação

jp8YvQa1 #2MEq#Rr EQMA35td HDgNpsgH ao2343Sk lsL@pW2p #tLy@4PY Y2SW8xK3  
2KkwfevL Q4xKz jbg Bwz3FtH8 FxTeKnbQ RzeSZr3D n\*gPtFZx DcOXs6pf 62tKbUuE  
v2pZBAWa WfrmwCHY OGIoURNO wqYSv467 PaSeVsqm b3QSmAG@ 00601023 00030043

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco  
**0800 704 8383**

Deficiente Auditivo ou de Fala  
**0800 722 0099**

Cancelamentos, Reclamações e  
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias  
por semana.

Demais telefones  
consulte o site  
Fale Conosco

**Ouvidoria** **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**CERTIDÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Certifico que caso seja deferido o solicitado na petição retro, há custas judiciais a serem recolhidas na conta 2212-9, no valor de R\$ 21,57, por consulta a ser efetivada.

RIO DE JANEIRO, 11 de outubro de 2023.

RAFAEL MARCILLA VERDIER



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Venham as custas para efetivação da medida requerida no sistema infojud e Renajud. Prazo de 05 dias.

RIO DE JANEIRO, 11 de outubro de 2023.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO  
Juiz Titular



ADVOCACIA

Felizardo Barroso  
& Associados

www.felizardo.com.br

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA SEÇÃO B DA 2ª VARA CÍVEL DA REGIONAL  
DE MADUREIRA – RJ**

**Processo nº: 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMERICA CIA DE SEGURO SAUDE**, devidamente qualificados nos autos da Ação supra que move em face de **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP**, vem perante V. Exa., por intermédio de seu patrono, em atenção ao despacho de *ID. 82061099*, informar que as custas referentes às pesquisas, já foram devidamente pagas conforme guia e comprovante de pagamento de *ID. 81815119/81815121*.

Rio de Janeiro/RJ, 16 de outubro de 2023.

**LUIZ FELIZARDO BARROSO**  
**OAB/RJ 08.632**

Avenida Rio Branco, nº 100 – 19º andar – Rio de Janeiro  
Tel./Fax: (21) 2157-0773 – email: felizardo@felizardo.com.br



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Requeira o autor o que entender de direito no prazo de cinco dias ante a consulta no RENAJUD. Ressalte-se que não foram localizados bens na consulta no INFOJUD, razão pela qual não realizada juntada desta.

RIO DE JANEIRO, 14de dezembro de 2023

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO  
Juiz Titular





Restrições Judiciais Veículos Automotor

Seja bem vindo,

JOSE EDUARDO MEIRINHO MORENO

TJRJ

16/12/2023 • 17h 55' 03" • 09:28

Sair

Restrições

Designações



Você está em: RENAJUD Inserir Restrições

Inserir Restrição Veicular

Pesquisa de Veículos (Informe 1 ou mais campos)

Placa  Chassi  CPF/CNPJ   Mostrar somente veículos sem restrição RENAJUD

Lista de Veículos - Total: 5

<input type="checkbox"/>	Placa	Placa Anterior	UF	Marca/Modelo	Ano Fabricação	Ano Modelo	Proprietário	Restrições Existentes	Ações
<input type="checkbox"/>	LMK0C90	LMK0290	RJ	HONDA/CG 160 TITAN EX	2016	2017	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Não	
<input type="checkbox"/>	KWX5C74	KWX5274	RJ	CHEVROLET/COBALT 1.4 LTZ	2012	2012	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Não	
<input type="checkbox"/>	KPE2A54	KPE2054	RJ	GM/MERIVA JOY	2011	2012	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Não	
<input type="checkbox"/>	LLG6624		RJ	I/FORD FUSION	2010	2010	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Sim	
<input type="checkbox"/>	LAF6G29	LAF6629	RJ	VW/POINTER CLI 1.8	1995	1995	CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA	Não	

1

Setor de Autarquias Sul, Quadra 1, Bloco H, 5º andar - CEP 70700-010 - Brasília-DF



2.5.1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 02ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DE  
MADUREIRA – RJ**

**GRERJ nº20730309101-99**

**Processo nº: 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE**, devidamente qualificado nos autos da Ação supra que move em face de **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP**, vem perante V. Exa., por intermédio de seu patrono infra-assinado, expor e ao final requerer o que segue:

Procedida consulta através do sistema RENAJUD foi encontrado 01 veículo de propriedade da executada CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP, conforme demonstra id. 93605277.

Desta forma, requer que a penhora recaia sobre o veículo indicado em id. 93605277, com a expedição do competente mandado de penhora e avaliação, a ser cumprido no endereço abaixo:

**Proprietário: CANDIDO AUTO CAR VEICULOS LTDA**

**Rua Padre Manuel da Nobrega, nº971, Quintino Bacaiúva,  
Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21381-009.**

**Dados dos veículos:**

**CHEVROLET/COBALT 1.4 LTZ, PLACA: KWX5C74**



ADVOCACIA

Felizardo Barroso  
& Associados

[www.felizardo.com.br](http://www.felizardo.com.br)

Requer ainda seja expedido ofício ao DETRAN para que informe se existem restrições sobre os veículos em comento.

Rio de Janeiro/RJ, 30 de janeiro de 2024.

**LUIZ FELIZARDO BARROSO**  
**OAB/RJ 8.632**

Avenida Rio Branco, n° 100 – 19° andar – Rio de Janeiro  
Tel.: (21) 2157-0773 – email: [felizardo@felizardo.com](mailto:felizardo@felizardo.com)



	<b>Comprovante de Transação Bancária</b> IMPOSTO/TAXAS Data da operação: 30/01/2024 Nº Controle: 510.593.065.070.530.193   Autenticação Bancária: 016.796.612
Conta de débito: <b>Agência: 468   Conta: 19935-4   Tipo: Conta-Corrente</b> Empresa: <b>ADVOCACIA FELIZARDO BARROSO &amp; ASSOCIADOS   CNPJ: 035.813.328/0001-01</b>	
Código de barras: <b>86810000000-2 74382853873-3 42024021320-3 73030910199-5</b> Empresa / Órgão: <b>RJ-GRERJ ELETRONICA</b> Descrição: <b>IMPOSTO/TAXAS</b> NUMERO DA GUIA: <b>2073030910199</b> Data de débito: <b>30/01/2024</b> Data do vencimento: <b>13/02/2024</b> Valor principal: <b>R\$ 74,38</b> Desconto: <b>R\$ 0,00</b> Juros: <b>R\$ 0,00</b> Multas: <b>R\$ 0,00</b> Valor do pagamento: <b>R\$ 74,38</b>	
A transação acima foi realizada por meio do INTERNET - PESSOA JURIDIC. O Lançamento do valor consta no extrato de Conta-Corrente, junto a Agência do débito nº. <b>468</b> , da data de pagamento <b>30/01/2024</b> .	
<b>Autenticação</b> gkzKpNsp #M179C7z ZP58x2kR wuHiSRBE pOcFzJxU d8aE4DSc jfWmv2pi F9#ZiCBT TpT2DyA@ NoH6tsGv 77HCFuV3 kn6AQ5ES DPdAOs6m CSAbS#Kd JO3AyGqR elXHFwBP pOk*I83K g296NHIn cPfmPbim YRN4LFYg p9xz?HFk X2ISsgL? 00603024 00040074	
<b>SAC - Serviço de Apoio ao Cliente</b> Alô Bradesco 0800 704 8383 Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	Demais telefones consulte o site Fale Conosco
<b>Ouvidoria</b> 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.	





# PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GUIA DE RECOLHIMENTO DE RECEITA JUDICIÁRIA - GRERJ

NÚMERO DA GUIA **20730309101-99** VALIDADE **13/02/2024** VALOR - R\$ **74,38**

CPF/CNPJ 01.685.053/0001-56 NOME SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

COMARCA Regional de Madureira SERVENTIA MADUREIRA REGIONAL 2 VARA CIVEL

NATUREZA DA GUIA Judicial TIPO DA GUIA Processo Judicial

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
PROCESSO: 0814035-34.2022.8.19.0202  
POLO PASSIVO - CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP POLO ATIVO - SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

### Detalhamento

A. O. J. A.	1107-2	R\$ 36,22
<b>SUB TOTAL</b>		<b>R\$ 36,22</b>
CAARJ / IAB (10%)	2001-6	R\$ 3,62
FUNDPERJ	6898-0004245-5	R\$ 1,81
FUNPERJ	6898-0000208-9	R\$ 1,81
DIVERSOS	2212-9	R\$ 29,48
FUNARPEN	6246-0003018-0	R\$ 1,44
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 74,38</b>

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA DO BRADESCO OU INSTITUIÇÃO BANCÁRIA COM A UTILIZAÇÃO DO QR CODE DO PIX

Pague com PIX

868100000002 743828538733 420240213203 730309101995



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DECISÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Esclareça o credor qual veículo pretende penhorar, ante a relação existente na consulta. Venha a cotação pela tabela FIPE. Indique leiloeiro e esclareça se deseja ser nomeado depositário do bem ou se pretende adjudicação. Após, voltem para anotação no Renajud.

RIO DE JANEIRO, 2 de abril de 2024.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO  
Juiz Titular



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 02ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DE MADUREIRA – RJ**

**Processo nº: 0814035-34.2022.8.19.0202**

**SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE**, representado por seu advogado infra-assinado, nos autos da Ação supra, que move em face de **CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP**, vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com fulcro no artigo 883, do Código de Processo Civil, **indicar o Leiloeiro Oficial IGOR BARROS DE MIRANDA CARVALHO**, matriculado na Jucerja sob o nº: 242 (CPF: 368.994.868-14), **devidamente credenciado perante o TJ-RJ** (<http://www.tjrj.jus.br/cadastro-de-corretores-de-im%C3%B3veis>), para realizar a Hasta Pública do bem avaliado à **ID. 93109001 - CHEVROLET/COBALT 1.4 LTZ, PLACA: KWX5C74**, de acordo com os artigos 879, II e 882 do Código de Processo Civil. Ainda esclarece, que não deseja ser nomeado e nem pretende adjudicação.

Ademais, requerer a juntada da tabela FIPE, com a cotação de mercado do veículo, pugnando desde já pelo prosseguimento regular do feito, bem como que há interesse no veículo informado. Ainda esclarece, que não deseja ser nomeado e nem pretende adjudicação.

**No mais, informa a exequente os dados do leiloeiro para sua intimação:**

**[e-mail contato@mirandacarvalholeiloes.com.br](mailto:e-mail contato@mirandacarvalholeiloes.com.br)**

**telefone 3003-0577.**

Nestes termos,

Pede deferimento.

Rio de Janeiro/RJ, 06 de maio de 2024.

**LUIZ FELIZARDO BARROSO**

**OAB/RJ 8.632**



[Imprimir](#)



## Preço Médio de Veículos - Consulta de Carros e Utilitários - Pesquisa comum - FIPE

●  
Mês de referência: maio de 2024  
Código Fipe: 004385-0  
Marca: GM - Chevrolet  
Modelo: COBALT LTZ 1.4 8V FlexPower/EconoFlex 4p  
Ano Modelo: 2012 Gasolina  
Autenticação: rd59mvcvrtj4  
Data da consulta: segunda-feira, 6 de maio de 2024 14:37  
Preço Médio: R\$ 34.616,00



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Intime-se o leiloeiro Igor Barros de Miranda Carvalho, indicado no index 116459757, telf (21) 997957-7200 , email: contato@mirandacarvalholeiloes.com.br, para dizer se aceita o encargo.

RIO DE JANEIRO, 14 de agosto de 2024.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO  
Juiz Titular





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
Regional de Madureira MADUREIRA REGIONAL 2 VARA CIVEL

## Extrato de GRERJ ELETRÔNICA

GRERJ: 3063290757391      Pagamento: 07/02/2023      Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

CPF/CNPJ: 01.685.053/0001-56

Recolhida por: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

Uso: GRERJ conferida correta

Conferida por: ELAINE GARRIDO MOREIRA - 010000026151

Informação complementar: PROCESSO: 0814035-34.2022.8.19.0202  
POLO PASSIVO - CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP      POLO ATIVO - SUL AMERICA  
COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

### Itens

Receita/Conta	Descrição	Valor
2212-9	Diversos	21,57
<b>Total:</b>		21,57

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2024

\_\_\_\_\_  
ELAINE GARRIDO MOREIRA

26151

**Observação: Cálculo do FUNDPERJ e do FUNPERJ -: 5% dos valores atinentes às custas judiciais e aos emolumentos de registro/baixa.**

1



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**CERTIDÃO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Certifico que a grejr retro foi conferida correta e se refere a petição do ID 45256845 e estava pendente de conferencia o que ora regularizei, nesta data.

RIO DE JANEIRO, 12 de setembro de 2024.

ELAINE GARRIDO MOREIRA



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro**

**Comarca da Capital - Regional de Madureira**

**2ª Vara Cível da Regional de Madureira**

Avenida Ernani Cardoso, 152, Sala 206, Cascadura, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21310-310

**DESPACHO**

Processo: 0814035-34.2022.8.19.0202

Classe: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (12154)

EXEQUENTE: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

EXECUTADO: CANDIDO E BRAGANCA VEICULOS LTDA - EPP

Diante da inércia do leiloeiro indicado, diga o exequente, no prazo de 05 dias.

RIO DE JANEIRO, 21 de novembro de 2024.

JOAO FELIPE NUNES FERREIRA MOURAO

Juiz Titular

