



**GUIA**  
DE LEITURA  
CONTRATUAL - GLC

**Plano de Saúde  
Coletivo por Adesão**

**Medial**  
SAÚDE

Adesivo entidade





## EXCLUSIVO PARA VOCÊ

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

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

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

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

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

Após a leitura deste Guia se ainda lhe restar alguma dúvida, crítica ou sugestão, ligue para a central de relacionamento da **Divicom**.

**Central de Relacionamento:**  
**3188-3001 (São Paulo)**

**4003.6333 (Outras Regiões)**

**0800 888 6333 (Atendimento Nacional)**



  
**DIVICOM**  
Administradora de Benefícios

**ANS - nº 415286**

Operadora: Amil Assistência Médica Internacional.  
CNPJ: 29.309.127/0001-79

Nº Registro na ANS: **ANS - nº 32630-5**

Site da Operadora: **www.medialsaude.com.br**

Central de Relacionamento:

**SAC Medial: 0800 724 1336**

**Central de Serviços:**

**3003-1334 Capitais e Regiões Metropolitanas**

**0800 724 1337 – Demais Regiões**

**Deficientes Auditivos 0800 724 1331**



## GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	<b>4</b>
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	<b>4</b>
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	<b>5</b>

*ÁREA  
GEOGRÁFICA DE  
ABRANGÊNCIA E  
ATUAÇÃO*

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

4

*COBERTURAS E  
PROCEDIMENTOS  
GARANTIDOS*

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

9

*EXCLUSÕES DE  
COBERTURAS*

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

16

*DOENÇAS E  
LESÕES  
PREEXISTENTES  
(DLP)*

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

20

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	<b>19</b>
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	<b>29</b>
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	<b>19</b>
<i>RESCISÃO SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>41</b>
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	<b>37</b>

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

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

**NÃO SE  
APLICA**

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

***ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.***

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



Ministério  
da Saúde



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

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

**Divicom Administradora de Benefícios Ltda.**



## CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste plano é **Coletivo por Adesão**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada a BENEFICIÁRIO que integre uma população que mantenha vínculo com a CONTRATANTE de caráter **profissional, classista ou setorial**.

## SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial dos planos incluídos neste contrato segue as seguintes alternativas previstas no item 2 do Anexo II da RN 100/2005, e especificações contidas na cláusula que trata de Nome Comercial e nº de Registro de Plano na ANS:

- a) Para o Plano MEDIAL Referência: Segmentação Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria);
- b) Para os demais planos: Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Segmentação Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia.

## PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

O BENEFICIÁRIO terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação **coletiva (enfermaria)** ou **privativa (quarto ou apartamento)**, de acordo como plano contratado. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, se tornará direta e unicamente o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o serviço/hospital e os médicos profissionais assistentes.

## ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO

Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada na abrangência geográfica especificada para cada plano listado na cláusula terceira em consonância com a classificação estabelecida na RCD 100 da ANS, de 06 de junho de 2005, ou outra que venha a sucedê-la, cujo conteúdo pode ser encontrado no site da ANS: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

A MEDIAL fornecerá Orientador Médico de cada plano que lista todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

- Nos planos com abrangência geográfica Grupo de Municípios, estarão relacionados no Orientador Médico os municípios cobertos;
- Nos planos com abrangência geográfica Nacional, os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com os diferentes estados.



## COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A cobertura se dará nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato, e as disposições previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente na época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato, é assegurada independentemente do local de origem do evento.

### CONSULTAS AMBULATORIAIS

Está compreendida neste contrato a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e Resolução Normativa nº 192/2009.

### SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e vigente na época do evento, à cobertura para os custos dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

- Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionistas, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento;
- Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo, como por médico devidamente habilitados;
- Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito, ainda, à cobertura para os custos 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.

## **INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

A MEDIAL garante ao BENEFICIÁRIO, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

- Para a cobertura nas internações de caráter de urgência e/ou emergência, o BENEFICIÁRIO ou seu responsável fará comunicar à Central de Atendimento MEDIAL, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato;
- As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando



autorizadas previamente pela MEDIAL até 5 (cinco) dias da data da internação;

- A cobertura de internações hospitalares, conforme padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, relacionados no Rol de Procedimentos que encontra-se definido e listado em Resolução Normativa e suas atualizações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
  - A cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica;
  - Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico;
  - 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 a internação.
- ⊙ Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;

- ◉ O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, como objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados;
- ◉ Estão excluídos, desta cobertura, os honorários do cirurgião dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução destes procedimentos odontológicos.
- A cobertura para os 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, como definida no Rol de Procedimentos;
  - c) Radioterapia incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar;
  - d) Hemoterapia;
  - e) Nutrição parenteral ou enteral;
  - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;



- g)** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - h)** Radiologia intervencionista;
  - i)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - j)** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - k)** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- A cobertura de taxas ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente - ANVISA);
  - A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o parto, parto e pós-parto imediato) e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.
    - ⊙ Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.
  - A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes em Resolução Normativa e suas atualizações (Rol de Procedimentos),

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;

- Cobertura dos custos de honorários de médico ou através de utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e condições do contrato;
- A cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- A cobertura para leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;
- O custeio com a alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar limitada aos recursos do estabelecimento;
- A cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral;
- A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja na lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- O BENEFICIÁRIO terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente - ANVISA, quando ligados ao ato cirúrgico, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, estabelecidos na cláusula específica;



- A cobertura dos custos de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica descrita no Orientador Médico MEDIAL para realização de transplantes de órgãos.
- ⦿ **Estão cobertos neste contrato os transplantes de rins, córneas e medula e somente na rede credenciada específica descrita no Orientador Médico;**
- ⦿ Entendem-se como despesas a serem cobertas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
  - a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
  - b) O custeio dos medicamentos utilizados durante a internação;
  - c) A cobertura com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
  - d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- Os BENEFICIÁRIOS, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

## OBSTETRÍCIA

- Nos planos com segmentação assistencial **Referência ou Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, a BENEFICIÁRIA titular ou a dependente, na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência OBSTÉTRICA, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitada pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela MEDIAL e respeitando as carências estabelecidas;
- É assegurado ao recém-nascido, filho natural do titular ou de qualquer outro BENEFICIÁRIO do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto, sendo vedada qualquer alegação de Doenças e Lesões Preexistentes ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária;
- A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento, somente será devida quando:
  - a) O recém-nascido filho do titular for incluído no plano do mesmo;
  - b) O recém-nascido filho do dependente do titular for incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época desta contratação;
  - c) Nas duas situações as inclusões só serão aceitas se realizadas no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.



## DO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses contempladas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar), de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

### No regime ambulatorial estão cobertos:

- Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- ⦿ Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis;
- ⦿ Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente;
- ⦿ Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

### **Em regime hospitalar estão cobertas:**

- As internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.
- O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental conforme atestado pelo médico assistente;
- Além do custeio integral de 30 (trinta) dias de internação hospitalar, o BENEFICIÁRIO e seus dependentes estarão cobertos por mais 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- Para os diagnósticos especificados de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia será extensiva a 180 (cento e oitenta) dias por ano de vigência contratual.
- O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar;
- Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente contrato, ou seja,



30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral e/ou 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano contratual, não cumulativos, haverá a co-participação obrigatória referente ao período excedente, por parte do BENEFICIÁRIO, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação, **o qual fará os pagamentos diretamente ao prestador.**

## EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

- Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental. São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina; os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas

não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem na bula/manual registrado na ANVISA;

- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como medicamentos e próteses e órteses não nacionalizadas ou não reconhecidas pela ANVISA;
- Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar;
- Inseminação artificial, assim definida como técnica de reprodução assistida, que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIOS menores de 18 (dezoito) anos, ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ou gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato), ou portadores de necessidades especiais (desde que



haja indicação do médico assistente) ou, por fim, para os planos MEDIAL 150 e MEDIAL 160;

- Transplantes, **exceto os de rim, de córnea e de medula**, listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento;
- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente - ANVISA, assim como interferon, interleucina e remicade, exceto aqueles utilizados em regime de internação hospitalar;
- Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar;
- Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se

preenchidas as condições previstas no Rol de Procedimentos vigente;

- Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol de Procedimentos vigente na época do evento;
- Remoção por via aérea, exceto quando MEDIAL, através de aditivo específico, e as outras remoções que não ocorram na forma da cláusula que trata do atendimento de urgência e emergência;
- Todos e quaisquer procedimentos não constantes do **Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.**



## DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - DLP

Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(s) ou o seu representante legal saiba ser portador ou portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

No momento da adesão, o BENEFICIÁRIO deverá preencher a Declaração de Saúde e informar à MEDIAL, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656 de 1998.

O BENEFICIÁRIO será orientado a preencher a Declaração de Saúde através da **Carta de Orientação** ao BENEFICIÁRIO, a qual é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela MEDIAL, sem qualquer ônus para o mesmo.

Caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus desta entrevista.

A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela MEDIAL, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do

consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação à sua omissão.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a MEDIAL deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

**Cobertura Parcial Temporária** – é aquela que admite a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do BENEFICIÁRIO, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana e Unidade Intermediária) e procedimentos de alta complexidade (PAC), definidos no Rol de Procedimentos de Alta Complexidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes.

Para fins deste contrato findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada.

A opção da CONTRATANTE ou BENEFICIÁRIO pela Cobertura Parcial Temporária – CPT não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

Fica definida a proibição de alegação de omissão de informação de doença preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor BENEFICIÁRIO pela MEDIAL.



Sendo constatado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a MEDIAL comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

Nesse momento a MEDIAL poderá

- a)** Oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão do plano;
- b)** Solicitar abertura de processo administrativo acerca da omissão de informação junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Acolhida a alegação da MEDIAL pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou pelo Judiciário, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente.

Até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

## CARÊNCIAS

Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

**Para o presente contrato não poderá ser exigido o cumprimento de carências, nas seguintes hipóteses:**

- a) Se a inscrição do BENEFICIÁRIO no plano ocorrer até 30 (trinta) dias da celebração do contrato, nos termos do artigo 11, §1º, I e II da RN 195/2009, alterada pela RN 204/2009;
- b) Se o novo BENEFICIÁRIO se vincular à CONTRATANTE até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato desde que formalize sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato coletivo nos termos do artigo 11, §1º, I e II da RN 195/2009, alterada pela RN 204/2009.

Ressalvadas as hipóteses acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde, com os seguintes prazos de carência:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura dos custos em pronto-socorro para os casos de urgência e emergência, nos termos da Resolução Consu nº 13/98;
- b) 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;



- c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos, excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- e) 300 (trezentos) dias para cobertura dos custos de parto a termo.

**Obs.:** São carências máximas exigidas, que podem ser alteradas por aditivos contratuais.

## **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

A MEDIAL fornecerá para cada BENEFICIÁRIO um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

A MEDIAL poderá cobrar pelo fornecimento da documentação acima.

### **CONSULTAS E EXAMES**

A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO e de acordo com a agenda do médico.

As conseqüências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO, pois poderá prejudicar o diagnóstico, continuidade e prognóstico do tratamento.

Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) Consultas em consultório médico;
- b) Consultas em clínica ou centro médico;
- c) Consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

Estão incluídos nas consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento.



**A MEDIAL fará a classificação dos exames de apoio diagnóstico e tratamento ambulatorial em básicos ou especiais e definirá as normas administrativas para sua solicitação de cobertura, objetivando o adequado cumprimento do contrato, na forma autorizada pelo artigo 1º, §1º da Resolução Consu nº 08/98.**

**Esta classificação estará disponível no site [www.medialsaude.com.br](http://www.medialsaude.com.br), bem como Orientador Médico hospitalar, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, e o Guia de Leitura Contratual – GLC, disponibilizado à CONTRATANTE, a partir do início das tratativas para a celebração deste contrato, e continuamente dispensado eletronicamente no aludido site, permitindo que a CONTRATANTE possa a todo e qualquer tempo acessar e disponibilizar fisicamente aos seus BENEFICIÁRIOS. Independentemente, a MEDIAL possui agências em diversos locais, Central de Atendimento ao Cliente que atua 24 (vinte e quatro) horas, e os agentes/gestores eleitos para o atendimento à CONTRATANTE.**

A cobertura dos exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitará sempre da autorização prévia da MEDIAL para sua realização na rede credenciada MEDIAL. O pedido médico deverá ser encaminhado à MEDIAL que emitirá a resposta acerca da cobertura no prazo de até 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada urgência.

## **INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

Para a cobertura de internações e procedimentos especiais previstos neste contrato será necessária a obtenção de autorização prévia da MEDIAL, com a solicitação do médico assistente.

A MEDIAL cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Orientador Médico e nos termos do contrato, podendo fazer o direcionamento para um prestador preferencial.

Todas as coberturas de internações eletivas e exames de alta complexidade necessitam de autorização da MEDIAL. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente, em formulário específico e disponibilizado pela MEDIAL, ou, quando não credenciado, em receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados somente será autorizada dentro da rede credenciada para realização de transplante de órgãos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado:

- a) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- b) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a MEDIAL, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela MEDIAL.

O pedido médico deverá ser encaminhado à MEDIAL que emitirá a resposta acerca da cobertura no prazo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando **caracterizada urgência**.

Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a MEDIAL poderá solicitar à CONTRATANTE ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.



O prazo de internação, fixado pela MEDIAL, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à MEDIAL as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

Caso o BENEFICIÁRIO continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional, credenciado pela MEDIAL, cartão de identificação ou identificação biométrica, fornecido pela MEDIAL, além do documento de identidade do BENEFICIÁRIO paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela MEDIAL.

Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela MEDIAL.

Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a MEDIAL não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionados no Orientador Médico, a MEDIAL deverá indicar outros credenciados em localidade mais próxima possível.

A MEDIAL colocará à disposição dos BENEFICIÁRIOS do Plano de Assistência Médico-Hospitalar a que alude este contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, hospitais e respectivos profissionais da área da

saúde, constantes do Orientador Médico anexo ao presente contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto.

**Orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura do atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo tele atendimento, ou pelo site [www.medialsaude.com.br](http://www.medialsaude.com.br), ou, ainda, pelo Orientador Médico.**

**As despesas extraordinárias, aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, tais como, porém não limitadas a estas: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo BENEFICIÁRIO, não sendo estas passíveis de reembolso pela MEDIAL.**

### **Gerenciamento de Ações de Saúde:**

Nos planos Medial **Referência e Essencial, Class 620, Class 640, Premium e Platinum** as condições médicas a seguir somente terão cobertura para o atendimento se este for realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, não havendo direito a reembolso ou cobertura para procedimentos que não obedeçam a esta regra.

- a) Transplantes de órgãos cobertos – rim, córnea e de medula;
- b) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroenteroanastomoses e outras) e Dermolipectomia;
- c) Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- d) Implante de marca-passo definitivo;



- e) Inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino);
- f) Tratamento cirúrgico de esterilização voluntária para fins de planejamento familiar – laqueadura tubária e vasectomia;
- g) Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);
- h) Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação;
- i) Cirurgia oftalmológica refrativa;
- j) Escleroterapia de varizes (12 sessões por ano);
- k) Acupuntura;
- l) Vacinas contidas no calendário oficial de vacinações adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde;
- m) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

<b>Grupo Diagnóstico</b>	<b>CID</b>
Doenças do aparelho Cardiocirculatório	I 10 - I 52
Diabete melito	E 10 - E 14
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J 40 - J 47
Tratamento dialítico em insuficiência renal	N 17 - N 19
Doenças relacionadas ao HIV e às suas complicações	B 20 - B 24
Oncologia	C 00 - C 97 D 00 - D 09
Doenças psiquiátricas e tratamentos de dependência química	F 00 - F 99

## **ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA**

A MEDIAL poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do **tele atendimento, ou pelo site [www.medialsaude.com.br](http://www.medialsaude.com.br), ou, ainda, pelo Orientador Médico.**

Quando houver alteração na rede hospitalar, a MEDIAL observará o disposto no artigo 17 e seus parágrafos da Lei no 9.656/98, comunicando previamente à CONTRATANTE nos casos de substituição de rede hospitalar.

A MEDIAL poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados no referido Orientador Médico.

Em ocorrendo os descredenciamentos, os BENEFICIÁRIOS terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da MEDIAL, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no presente contrato, os mesmos permanecerão internados, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da MEDIAL.

Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a MEDIAL responsabilizar-se-á pela transferência imediata do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.



## **DIVERGÊNCIA MÉDICA**

As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo BENEFICIÁRIO, outro pela MEDIAL e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da MEDIAL.

Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro desempataador serão pagos pela MEDIAL, conforme previsto no artigo 4º, parágrafo V, da Resolução Consu nº 08, de 3/11/1998.

## **CO-PARTICIPAÇÃO**

Ao assinar a Solicitação de Adesão, nos contratos que prevêm co-participação, a CONTRATANTE fará sua opção pela inclusão da alternativa de co-participação.

Entende-se por co-participação a parte efetivamente paga pela CONTRATANTE à MEDIAL, referente à realização de um determinado procedimento, conforme descrito na Solicitação de Adesão. Esse valor será cobrado posteriormente pela MEDIAL, incluso na cobrança da prestação pecuniária.

Os valores de co-participação, bem como os códigos, a descrição do procedimento, e o grupo de benefícios estão disponíveis no site **www.medialsaude.com.br**.

## VIGÊNCIA

O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua assinatura.

O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

A data do início da vigência será a data da assinatura do contrato, para efeito do reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II da Lei nº 9.656/98.

As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até o início não tenha havido nenhum pagamento.



## RESCISÃO/SUSPENSÃO

**Suspensão do contrato** - A CONTRATANTE, em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito à cobertura e ao reembolso suspensos para todos os benefícios contratuais.

### **Para fins de extinção do contrato, fica certo entre as partes que:**

O presente contrato poderá ser extinto por qualquer das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela MEDIAL, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo, ou no caso de fraude.

O contrato estará automaticamente extinto, se o número de BENEFICIÁRIOS no contrato se tornar inferior a 3 (três) BENEFICIÁRIOS, ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos BENEFICIÁRIOS a transferência para um produto individual, nas bases e condições vigentes do produto individual, inclusive com relação a preço.

Poderá a MEDIAL extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias ou para seus BENEFICIÁRIOS, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada

a possibilidade da MEDIAL buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

## REAJUSTE

**Reajuste Anual** - A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, no aniversário do contrato, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998.

O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela MEDIAL, apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em 3 (três) meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, **sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.**

Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

No reajuste da contraprestação pecuniária, será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar em alteração do perfil técnico atuarial da carteira de BENEFICIÁRIOS, visando com isso ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa nº 195 e suas alterações.

O reajuste também poderá incluir a variação do custo médico-hospitalar,



apurada de acordo com a fórmula que segue, e complementada pela relação custo/receita acordada em aditivo contratual:

$$\mathbf{Ir} = (\mathbf{Cons} \times \mathbf{P1}) + (\mathbf{Ex} \times \mathbf{P2}) + (\mathbf{Proc} \times \mathbf{P3}) + (\mathbf{HM} \times \mathbf{P4}) + (\mathbf{S} \times \mathbf{P5}) + (\mathbf{DT} \times \mathbf{P6}) + (\mathbf{MM} \times \mathbf{P7}) + (\mathbf{DG} \times \mathbf{P8})$$

Onde:

**Ir** = Índice de reajuste;

**Cons** = Variação dos preços das consultas;

**Ex** = Variação dos preços dos exames;

**Proc** = Variação dos preços dos procedimentos;

**HM** = Variação dos preços dos honorários médicos;

**S** = Variação dos salários, comprovada por acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes da política salarial oficial;

**DT** = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta dos Orientadores Médicos MEDIAL;

**MM** = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice);

**DG** = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo);

**P1 a P8** = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na

fórmula, validados de acordo com as normas estabelecidas pelo órgão governamental competente.

Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.



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

Não se aplica ao contrato coletivo por adesão.

## DISPOSIÇÕES GERAIS

### Quem pode aderir?

Poderão ser incluídos como BENEFICIÁRIOS pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com a CONTRATANTE.

### Quem pode ser dependente?

São considerados BENEFICIÁRIOS dependentes diretos, com relação ao BENEFICIÁRIO Titular, podendo ser incluídos apenas no mesmo plano do BENEFICIÁRIO Titular, as seguintes pessoas:

- a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, respeitado o conceito de família previsto no artigo 226, parágrafo 3o da Constituição da República Federativa do Brasil;
- b) Os filhos(as) solteiros(as) com idade de até 40 (quarenta) anos.

SSão equiparados aos filhos, para fins deste contrato, os menores adotados judicialmente, os enteados e os tutelados, na forma da lei.

Em caso de inscrição pelo BENEFICIÁRIO, de filho(s) natural(is) nascido(s) sob a cobertura da MEDIAL ou de filho(s) adotivo(s), menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO, desde que sua inclusão seja expressamente solicitada pela CONTRATANTE à MEDIAL no prazo máximo de 30 (trinta) dias, respectivamente, a contar do parto, nas hipóteses previstas na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, ou da sentença de adoção, coma



**apresentação da documentação comprobatória** e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária. A extinção da adoção confere à MEDIAL o direito de exclusão do BENEFICIÁRIO do plano contratado.

Todos os BENEFICIÁRIOS preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui a Declaração de Saúde.

### **E o pagamento é coletivo?**

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

### **E quem negocia as condições do plano coletivo com a MEDIAL?**

As negociações ocorrem entre a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial e a MEDIAL. Por se tratar de um contrato coletivo por adesão, a pessoa jurídica contratante passa a contar com a força do grupo de afiliados/beneficiários que ela representa, o que certamente resulta em vantagens à coletividade representada.

### **Como proceder quando precisar de atendimento de urgência/emergência fora da rede credenciada?**

Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos e limites das cláusulas seguintes:

**Emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de morte

ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

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

**Acidente pessoal** é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só, independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.

Nos contratos onde os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

- a) Os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura integral após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato;
- b) As complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura de 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;
- c) As emergências terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial.

Nos contratos que envolvam acordo de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para esta doença ou lesão, será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, estará **limitada as primeiras 12 (doze) horas**, ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de urgência ou



emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, **passando a responsabilidade financeira, a partir da internação, a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo nenhum ônus à MEDIAL.**

Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o BENEFICIÁRIO deverá ser removido por via terrestre, a expensas da MEDIAL, para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária a remoção e após prévia autorização da MEDIAL.

### **Remoção**

Fica assegurada a cobertura para remoção do BENEFICIÁRIO, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária e após prévia autorização da MEDIAL.

Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para continuidade de atenção ao paciente.

Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:

- a) O BENEFICIÁRIO estar cumprindo período de carência para internação;

b) Em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

**Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do paciente e não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO, da CONTRATANTE ou de terceiro(s) responsável(s) perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a MEDIAL isenta desses ônus e coberturas.**

Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um **hospital para a sua residência e/ou local de trabalho.**

Na remoção, a MEDIAL deverá disponibilizar cobertura em ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela estipulada, a MEDIAL estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada através dos documentos relacionados nos itens abaixo, e na impossibilidade justificada pela não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela MEDIAL, em conformidade com o artigo 12, VI da Lei no 9.656/1998.



O reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a Tabela de Honorários Médicos e Hospitalares da MEDIAL vigente, que representa os preços de serviços médico-hospitalares adotados pelo plano contratado, pagáveis no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento dos documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados.

- a)** Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.), laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;
- b)** Honorários médicos durante a internação: recibos ou notas fiscais válidas como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;
- c)** Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

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

Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que

permitam o cálculo correto do reembolso, a MEDIAL **poderá solicitar à CONTRATANTE documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 15 (quinze) dias úteis da data da juntada do novo documento.**

O reembolso será pago à CONTRATANTE ou ao BENEFICIÁRIO solicitante em até 30 (trinta) dias da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

Só serão reembolsáveis as despesas médicas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO.

### **Como incluir dependentes?**

Com relação aos BENEFICIÁRIOS vigem ainda as seguintes disposições:

- a) Os dependentes para serem incluídos no contrato dependerão da participação do BENEFICIÁRIO titular no plano de assistência à saúde;
- b) Sem prejuízo das declarações feitas pela CONTRATANTE e BENEFICIÁRIO, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a MEDIAL poderá solicitar à CONTRATANTE, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios da legitimidade da pessoa jurídica e da condição de elegibilidade do BENEFICIÁRIO, tais como, porém não limitados a somente estes: atos constitutivos, inscrições no órgão competente, documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão da sentença de adoção, entre outros.

A CONTRATANTE, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares ou dependentes diretos, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.



Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIO terá valor se não constar da declaração escrita da CONTRATANTE, aprovada pela MEDIAL.

A CONTRATANTE se obriga a informar à MEDIAL e a promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de alteração na qualificação / condição dos dependentes, tais como: nascimento ou casamento de filho do titular.

**O BENEFICIÁRIO incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos de carência estipulados na cláusula das Carências.**

As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, às normas administrativas da MEDIAL.

A MEDIAL fornecerá identificação específica aos BENEFICIÁRIOS incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A MEDIAL poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação.

As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de perda das condições de elegibilidade dos BENEFICIÁRIOS. Os ônus decorrentes de utilização indevida do sistema por BENEFICIÁRIO excluído do contrato serão de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ficando a MEDIAL autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança à mesma dos custos incorridos.

No caso de extinção automática do contrato ou na hipótese de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia para sua extinção, não será permitida qualquer movimentação cadastral até o efetivo cancelamento do mesmo.

A pessoa que não optar por ocasião da contratação deste plano coletivo ou quando de sua vinculação à CONTRATANTE por ser BENEFICIÁRIO do contrato, ao ingressar no plano cumprirá os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária previstos neste contrato.

### **Como solicitar a exclusão de um BENEFICIÁRIO?**

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

### **Como solicitar alteração de plano?**

As partes acordam que a **mudança de plano** poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, constituindo-se causa para novo plano, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na **data de aniversário do contrato**.

Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com **mais benefícios**, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá **cumprir as carências estipuladas pela MEDIAL para os novos benefícios adquiridos com esta alteração**.

Os benefícios mencionados acima correspondem a:

- Utilização da NOVA REDE CREDENCIADA;
- Utilização da NOVA ACOMODAÇÃO;
- Utilização de REEMBOLSO, conforme previsto na legislação vigente.



Será admitida a transferência do titular e seus respectivos dependentes para um **plano com menos benefícios** salvo se o BENEFICIÁRIO já tiver sido beneficiado com hospitalização, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de **12 (doze) meses, contados da última alta hospitalar**.

A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo BENEFICIÁRIO titular e incluirá todos os BENEFICIÁRIOS do plano anteriormente contratado.

O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, se tornará o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o hospital e os médicos assistentes.

A autorização, por parte da MEDIAL, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da MEDIAL.

Caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à CONTRATANTE reembolsar a MEDIAL por todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas, despesas processuais e honorários advocatícios.

A tolerância ou a demora da MEDIAL em exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

Não é admitida a presunção de que a MEDIAL ou a CONTRATANTE possam

ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

Conforme o disposto pela RDC 64, de 10 de abril de 2001, e RN 21, de 12 de dezembro de 2002, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da MEDIAL, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado pela MEDIAL junto à Agência

### **Como o BENEFICIÁRIO efetua o pagamento das mensalidades?**

As mensalidades serão pagas pelo BENEFICIÁRIO Titular na forma de pré-pagamento no dia **07** para a vigência 01 ou no dia **21** para a vigência 15, por intermédio de:

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

Ambos com a respectiva aplicação de taxa administrativa.

### **O que acontece quando o BENEFICIÁRIO não paga as mensalidades pontualmente?**

A falta de pagamento da mensalidade até a data de seu vencimento, acarretará em multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, podendo ser liquidado até o 30º dia, contados do 1º dia da vigência a qual se refere à mensalidade inadimplida.



## **E quando deixar de pagar?**

O não pagamento da mensalidade acarretará no **cancelamento** do Plano de Saúde após **30 (trinta) dias**, contados da data de vigência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses da vigência do mesmo, baseado no plano a qual se refere à mensalidade inadimplida, **não desobrigando do pagamento dos valores em aberto**.



# Resolva tudo pela internet ou telefone

## Divicom Administradora

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

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

**0800 888.6333** (Atendimento Nacional)

[www.divicom.com.br](http://www.divicom.com.br)

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

## Central 24 H - Medial

SAC: **0800 724.1336**

Central de Serviços:

**3003.1334** (Capitais e Regiões Metropolitanas)

**0800 724.1337** (Demais Regiões)

Deficientes Auditivos **0800 724.1331**

[www.medialsaude.com.br](http://www.medialsaude.com.br)

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

ANS - nº 41528-6

 **DIVICOM**  
Administradora de Benefícios

 **Medial**  
SAÚDE

ANS nº 32630-5

000