

**REGULAMENTO GERAL
PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COLETIVO POR ADESÃO
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

De um lado a **OPERADORA: ASSOCIAÇÃO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA BAHIA-APUB SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na cidade de Salvador, Estado da Bahia, inscrita no CNPJ sob o nº 13.100.755/0001-00 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 34312-9, na modalidade de Autogestão, para efeitos deste regulamento denominada **APUB SAÚDE**.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

De outro a empresa / entidade contratante _____
pessoa jurídica de direito privado, com sede na cidade de _____, Estado da Bahia,
C.E.P.: _____ inscrita no CNPJ sob o nº _____, representada por
_____, para efeitos deste regulamento denominada **CONTRATANTE**.

DADOS GERAIS DO PRODUTO

Nome Comercial	PLANO BÁSICO
Tipo de Contratação	Coletivo por Adesão
Formação de Preço	Prestabelecido
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Abrangência Geográfica	Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Cruz das Almas, Lauro de Freitas, Barreiras.
Padrão de Acomodação	Coletiva
Fator Moderador	Coparticipação
Opera Exclusivamente com Livre Escolha	Não
Nº Registro Ans	456.217/07-8
Instrumento Jurídico	Data do ajuste à RN 195: 29/12/2010

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

Por admitir e determinar direitos e obrigações individuais para ambas as partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Novo Código Civil, a natureza deste contrato é bilateral e de adesão. Tem como características a onerosidade e a aleatoriedade, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE, vínculo de caráter profissional, classista, sindicatos ou entidades de classe.

Serão considerados BENEFICIÁRIOS TITULARES deste Regulamento as Pessoas Físicas vinculadas à empresa/entidade CONTRATANTE.

Serão considerados BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES as Pessoas Físicas com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular, para todos os efeitos deste Regulamento:

- a) O(a) cônjuge;
- b) Os(as) filhos(as) solteiros(as) até 21 anos;
- c) Os(as) filhos(as) solteiros(as) e/ou filhos(as) tutelados(as), até completarem 24 anos, desde que estejam cursando o nível superior;
- d) O(a) enteado(a) e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;
- e) O(a) companheiro(a), que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- f) O(a)s filho(a)s, comprovadamente inválidos
- g) Netos(as), menores de 24 anos.

Serão considerados como BENEFICIÁRIOS AGREGADOS:

Os qualificados como dependentes antes da aprovação deste regulamento, que não se enquadrem nas hipóteses acima previstas.

O título de beneficiário agregado estará restrito aos beneficiários incluídos até a data de aprovação deste regulamento, sendo vedado a estes incluir quaisquer dependentes.

A inclusão de beneficiários a este plano de saúde deverá ser requerida pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e será processada após a entrega, à APUB Saúde, do Termo de Adesão, devidamente preenchido e assinado por cada um dos beneficiários inscritos, com os respectivos nomes e qualificação completa de cada um.

O Termo de Adesão de cada beneficiário a ser incluído neste plano de saúde integrará o presente regulamento para todos os fins de direito.

O Termo de Adesão para menores de 18 (dezoito) anos de idade, deverá ser preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ou seu responsável legal.

O BENEFICIÁRIO TITULAR obriga-se a apresentar o Termo de Adesão de cada beneficiário dependente que eventualmente será inscrito, até o dia 05 de cada mês.

Os beneficiários dependentes e agregados estarão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano ora escolhido.

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

Os filhos do Beneficiário Titular e/ou de seus dependentes, inscritos no plano, nascidos ou adotados (recém nascidos) na vigência deste REGULAMENTO, terão direito à cobertura assistencial nele prevista, durante os trinta (30) primeiros dias após o parto.

Ao filho recém-nascido, de parto coberto, que tenha cumprido a carência de 300 (trezentos) dias pelo Beneficiário Titular, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência de cobertura parcial temporária ou agravo.

Está assegurado também à inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos, como dependente, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, a APUB SAÚDE compromete-se a prestar ao(s) Beneficiário(s) assistência à saúde continuada, através de serviços próprios ou por rede credenciada, compreendendo procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, alcançando as seguintes coberturas:

- I. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- II. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- III. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
- IV. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- V. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
- VI. Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- VII. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.



- VIII. Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico, Tratamentos e Demais Procedimentos Ambulatoriais, incluindo Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.
- IX. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.
- X. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- XI. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- ✓ atividades educacionais;
 - ✓ consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - ✓ atendimento clínico;
 - ✓ sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - ✓ implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
- XII. Procedimentos Considerados Especiais:
- a. Hemodiálise Crônica e Diálise Peritoneal - CAPD;
 - b. Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
 - c. Radioterapia;
 - d. Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
 - e. Hemoterapia Ambulatorial;
 - f. Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.
- XIII. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
- XIV. Internações, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- XV. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- XVI. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- XVII. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como, da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;
- XVIII. Cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
- XIX. Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA).
- XX. 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.



- XXI. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:
- a. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c. Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - d. Hemoterapia;
 - e. Nutrição parenteral ou enteral;
 - f. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g. Embolizações e radiologia intervencionista;
 - h. Radiologia intervencionista;
 - i. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j. Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- XXII. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XXIII. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.
- XXIV. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.
- XXV. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.
- XXVI. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados incluindo, quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com a captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que o Beneficiário, candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve, obrigatoriamente, providenciar a sua inscrição em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs.
- XXVII. Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:
- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
 - b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

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

XXVIII. Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato; e assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do plano e os provenientes dos seguintes casos:

- ✓ Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da operadora e sem atendimento às condições previstas no regulamento;
- ✓ Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, frigobar, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;
- ✓ Enfermagem em caráter particular;
- ✓ Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- ✓ Avaliações pedagógicas;
- ✓ Orientações vocacionais;
- ✓ Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- ✓ Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- ✓ Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
- ✓ Inseminação artificial;
- ✓ Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- ✓ Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- ✓ Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- ✓ Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- ✓ Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ✓ Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- ✓ Asilamento de idosos;
- ✓ 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;
- ✓ Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- ✓ Aplicação de vacinas;

- ✓ Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
 - c) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

- ✓ Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- ✓ Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- ✓ Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- ✓ Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- ✓ Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

A duração inicial deste contrato é de 12 (doze) meses, com o início de vigência na data estabelecida neste Regulamento.

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

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar após, cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir do início de vigência, neste caso sendo considerado a partir da assinatura do termo de adesão do usuário titular e/ou de seu(s) dependente(s):

- a) Urgências e Emergências: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Consultas: 30 (trinta) dias;
- c) Exames Simples (hemograma, glicemia, colesterol, urina tipo I, raios X sem contraste, parasitológico de fezes), ultrassonografia, mamografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ecocardiograma, teste ergométrico e exames oftalmológicos: 30(trinta) dias;
- d) Exames de análises clínicas, anatomopatológicos e citopatológicos (exceto necrópsia), audiometria, colposcopia e colpocitologia, densitometria óssea, eletromiografia, endoscopia digestiva, exames radiológicos contrastados, exames e testes alergológicos, otorrinolaringológicos, líquido, prova de função pulmonar, tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletrococleografia, mapeamento com tálio ou gálio, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, cintilografia, litotripsia extracorpórea, hibridização molecular, mapeamento cerebral, duplex scan, core biopsy, tilt teste, exames de biologia molecular, tratamento dermatológico: 90(noventa) dias;



- e) Exames e procedimentos de Alta Complexidade assim classificados pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde/ANS: 180(cento e oitenta) dias
- f) Terapias (nutrição, psicoterapia, escleroterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional): 180(cento e oitenta) dias;
- g) Demais Procedimentos Ambulatoriais:180 (cento e oitenta) dias;
- h) Internações Clínicas: 180 (cento e oitenta) dias;
- i) Internações Cirúrgicas: 180 (cento e oitenta) dias;
- j) Demais Procedimentos Hospitalares: 180 (cento e oitenta) dias;
- k) Partos a termo: 300 (trezentos) dias.

Não será exigido o cumprimento de carências se:

- 1) A inscrição do beneficiário no plano, ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato (artigo 11 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
- 2) O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo (artigo 11, parágrafo 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data do ingresso do beneficiário no plano.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O beneficiário deverá informar à APUB SAÚDE, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

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

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, acompanhado de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela APUB SAÚDE, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da APUB SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela APUB SAÚDE, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a APUB SAÚDE oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a APUB SAÚDE não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à 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 beneficiário ou seu representante legal.

Agravo é 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.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a APUB SAÚDE somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

É vedada à APUB SAÚDE a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a APUB SAÚDE deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à APUB SAÚDE caberá o ônus da prova.

A APUB SAÚDE poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento, e acolhida à alegação da APUB SAÚDE, pela ANS, o Beneficiário 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 APUB SAÚDE, bem como será excluído do contrato.

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.

VIII – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

1. Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
2. Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
3. Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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

DA REMOÇÃO:

A remoção do paciente será garantida pela APUB SAÚDE nas seguintes hipóteses:

- a. Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- b. Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

À APUB SAÚDE caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

A APUB SAÚDE deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

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

DO REEMBOLSO

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

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à APUB SAÚDE os seguintes documentos: RG, CPF, Comprovante de Pagamento do Plano, Nota Fiscal do prestador do serviço.

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

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A APUB Saúde fornecerá aos beneficiários incluídos no presente regimento o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas deste plano de saúde, incluindo eventual imposição de cumprimento de Cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

A qualquer tempo, poderá a APUB Saúde alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

Para a fruição dos direitos e vantagens deste plano de saúde, é condição obrigatória a apresentação, pelos beneficiários, do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de Identidade legalmente reconhecido e do recibo de pagamento da mensalidade vigente.

Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o beneficiário deverá comunicar o fato, por escrito à APUB Saúde, em 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

Poderá ser cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, inserida na mensalidade do mês subsequente ou paga na sede da APUB Saúde.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os credenciados da APUB Saúde;

Atendimentos clínicos ambulatoriais: serão prestados nos consultórios, nas clínicas e hospitais próprios ou contratados.

Exames Complementares, serviços auxiliares e terapias: serão prestados pela rede credenciada da APUB Saúde, desde que solicitados por profissional médico.

Atendimentos de Urgência e Emergência e Internações: serão prestados nos pronto-socorros e hospitais credenciados, observando:

As internações deverão ser solicitadas pelo médico, salvo em casos de urgência e emergência, e serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e Guia de Internação expedida pela APUB Saúde.

Nos casos de urgência e emergência o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados.

O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento oficial de identidade e o documento individual de identificação emitido pela APUB Saúde, com validade não vencida.

DIVERGÊNCIAS TÉCNICAS

Em situações de divergências técnicas que eventualmente possam ocorrer durante a vigência do presente regulamento, a APUB Saúde se compromete a:

- a) Fornecer ao beneficiário laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do regulamento, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

- b) Garantir ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência;
- c) Garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da APUB Saúde e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da APUB Saúde.

REDE DE PRESTADORES

Será entregue para cada um dos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE o Guia de Serviços de Saúde editado pela APUB Saúde, com o rol dos médicos, dos hospitais, das clínicas e estabelecimentos de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) credenciados, com respectivos endereços e telefones, de acordo com o produto objeto da presente contratação.

É facultada à APUB Saúde a exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação prévia ao beneficiário e a ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme o artigo 17, parágrafo 1º da Lei 9656/98.

Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a APUB Saúde deverá solicitar à ANS autorização expressa.

Se o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorrer durante a internação de qualquer dos beneficiários regularmente inscritos no plano, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, e as despesas apuradas correrão por conta da APUB Saúde.

Ocorrendo o descredenciamento a que se refere o artigo anterior, os beneficiários terão direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da APUB Saúde, sem que esta tenha que efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

COPARTICIPAÇÃO

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

- a) CONSULTAS: a partir da 2ª (segunda) consulta (exclusive), por mês, o beneficiário deverá assumir a participação de 20% (vinte por cento) dos custos, por cada consulta;
- b) EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO & TERÁPICO: a partir do 2º (segundo) exame (exclusive), por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 10% (dez. por cento) dos custos, por cada exame;
- c) FONOAUDIOLOGIA: A PARTIR DA 48ª (quadragésima oitava) sessão (exclusive), por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 20% (vinte por cento) dos custos, por cada sessão;
- d) PSICOTERAPIAS: a partir da 24ª (vigésima Quarta) sessão (exclusive), por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 20% (vinte por cento) dos custos, por cada sessão;
- e) FISIOTERAPIA: a partir da 20ª (vigésima) sessão (exclusive) por ano para cada patologia, o beneficiário deverá assumir a participação de 20% (vinte por cento) dos custos por cada sessão, exceto para os casos de acidentes pessoais e cirurgias traumatológicas.



- f) ACUPUNTURA: a partir da 20ª (vigésima) sessão (exclusive) por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 20% (vinte por cento) dos custos por cada sessão.
- g) ESCLEROTERAPIA: a partir da 10ª (décima) sessão (exclusive) por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 10% (dez por cento) dos custos por cada sessão.
- h) PSQUIATRIA: internamentos em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, após os 30 (trinta) primeiros dias de internação, o beneficiário deverá assumir a participação de 50% do custeio de cada diária excedida;
- i) DEPENDÊNCIA QUÍMICA - internamentos em hospital geral, após os 15 (quinze) primeiros dias de internação, o beneficiário deverá assumir de 20% (vinte por cento) do custeio de cada diária excedida.

Os percentuais de coparticipação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por beneficiário, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela APUB Saúde no pagamento de seus prestadores, conforme tabela disponível para consulta em sua sede.

Será responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento da coparticipação estipulada, por si e por todos os seus beneficiários dependentes ou agregados inscritos no presente plano de saúde, que será cobrada pela APUB Saúde juntamente com o boleto mensal.

X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial APUB SAÚDE é pré-estabelecido.

A APUB SAÚDE emitirá boletos individualizados a cada um dos Beneficiários Titulares, que se responsabilizarão, por si e por seus dependentes, pelo pagamento da importância mensal obtida pela soma dos valores das mensalidades conforme a quantidade de beneficiários inscritos no plano.

Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) esteja incluído.

Será acrescido à mensalidade, apenas no pagamento do 1º (primeiro) boleto, valor correspondente à taxa de inscrição.

A taxa de inscrição será cobrada para cada nova inscrição solicitada pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, junto com a respectiva mensalidade.

As mensalidades terão vencimento até o dia 05 (cinco) de cada mês ou outro ajuste firmado entre a APUB Saúde e seus beneficiários.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Se o Beneficiário Titular não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à APUB SAÚDE, para que não se sujeite a consequência de juros de mora e multa.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o 50º. (quingüagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

A APUB SAÚDE não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

XI – REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente, de acordo com a variação do índice divulgado pela ANS (XX%). Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 1 mês em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura deste regulamento.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice XX% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas o período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1$$

Sm

Onde: S – Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm – Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.



6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.
7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

XII – FAIXAS ETÁRIAS

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXAS ETÁRIAS	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	34,386%
24 a 28 anos	26,272%
29 a 33 anos	2,030%
34 a 38 anos	1,574%
39 a 43 anos	16,296%
44 a 48 anos	20,653%
49 a 53 anos	70,294%
54 a 58 anos	21,754%
59 ou mais	14,793%

XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

O BENEFICIÁRIO TITULAR, bem como seus dependentes e agregados, serão excluídos do presente plano de saúde se houver atraso no pagamento do boleto de mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, desde que a APUB Saúde o notifique da inadimplência no 50º (quinqüagésimo) dia e sem prejuízo do direito desta requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

O BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seus dependentes e agregados também serão excluídos do presente regimento nas seguintes situações:

- I. Por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição.
- II. Perder o vínculo de caráter associativo com a APUB Saúde;
- III. Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- IV. Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
- V. A pedido do Beneficiário Titular;

Utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o beneficiário, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar seu cartão para realização de quaisquer procedimentos;

Omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela APUB Saúde junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no respectivo processo administrativo.

A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, caso em que será obrigatória a devolução do Cartão Individual de Identificação de todos os usuários.

XIV – RESCISÃO

O encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com seu estatuto respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da APUB SAÚDE, o beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço da APUB SAÚDE.

Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

O Beneficiário Titular, por seus dependentes e agregados, reconhece expressamente que seu vínculo é apenas com a APUB SAÚDE mesmo em caso de atendimento por outras empresas.

A APUB SAÚDE não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente entre o beneficiário e os médicos, hospitais ou entidades credenciados junto ao plano APUB SAÚDE.

As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1246/88 do Conselho Federal de Medicina.

O Beneficiário Titular, por seus dependentes e agregados, autoriza a APUB SAÚDE a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

É obrigação do Beneficiário Titular comunicar formalmente qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço. Assim não procedendo estará isentando a APUB SAÚDE de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

Este regulamento foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: 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 carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

XVI – ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito, para dirimir eventuais questões decorrentes do cumprimento deste contrato, em casos de litígio ou pendência judicial, o foro do domicílio do CONTRATANTE, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja, atendendo a Portaria nº 4 da SDE/MJ.

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA