

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO E/OU CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Este Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Apólice de Seguro e/ou Contrato de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão (“Contrato”) é celebrado entre **SINDICATO DOS PSICÓLOGOS NO ESTADO DO PARANÁ - SINDIPSI**, com sede na Rua Dr. Muricy, 390, Conjunto 201, CEP: 80.010-120, Centro, Curitiba-PR, inscrita no CNPJ/MF sob o número 77.954.519/0001-33, neste ato representada de acordo com o seu Estatuto Social, doravante denominada **CONTRATANTE** ou **SUB-ESTIPULANTE**, e **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, com sede na Rua Desembargador Clotário Portugal, 243, bairro Alto São Francisco, Curitiba-PR, inscrita no CNPJ sob número 01.747.987/0001-75, autorizada a operar como Administradora de Benefícios pela Agência Nacional de Saúde Complementar sob número 41420-4, neste ato representada de acordo com seu Contrato Social, doravante denominada **CONTRATADA** ou **ADMINISTRADORA**.

PREMISSAS

Considerando que a ADMINISTRADORA atua na condição de estipulante de seguros e planos de assistência à saúde médico-hospitalares e odontológicos coletivos por adesão, de acordo com o previsto no artigo 5º da Resolução Normativa da ANS – RN 196/2009;

Considerando que os seguros e planos de assistência à saúde médico-hospitalares e odontológicos coletivos por adesão estipulados pela ADMINISTRADORA, além de atenderem todos os requisitos legais vigentes para a categoria de seguros e planos de assistência à saúde coletivos por adesão, são compatíveis com a natureza e vínculo da SUB-ESTIPULANTE com seus empregados ou associados;

Considerando que há interesse da SUB-ESTIPULANTE em oferecer aos seus empregados ou associados a opção de aderir aos seguros e planos de assistência à saúde estipulados pela ADMINISTRADORA;

RESOLVEM as Partes celebrar este Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Este Contrato tem por objeto a prestação pela **ADMINISTRADORA** de serviços de administração de seguros e/ou planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos, configurados nas apólices de seguros e/ou contratos de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos coletivos por adesão, estipulados pela **ADMINISTRADORA** e especificados nos anexos deste Contrato.

1.2 Quando rubricados e assinados pelas Partes, integram este Contrato como se nele estivessem transcritos:

- a) os anexos deste Contrato, referidos simplesmente daqui em diante como Anexo, no singular, e Anexos, no plural;
- b) as apólices de seguros e/ou os contratos de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos coletivos por adesão, referidos simplesmente daqui em diante como Apólice e/ou Plano, no singular, e Apólices e/ou Planos, no plural.

1.3 Serão Partes nas Apólices e/ou Planos a **SUB-ESTIPULANTE** e, por livre opção individual, na qualidade de Beneficiários, as pessoas físicas a ela vinculadas por relação de caráter profissional, classista ou setorial.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA

2.1 Constituem obrigações da **ADMINISTRADORA** no cumprimento do objeto deste Contrato:

- a) dar atendimento aos procedimentos de contratação e manutenção para os Beneficiários vigentes e novas contratações, aí incluídas as movimentações mensais de Beneficiários;
- b) suprir os procedimentos de emissão de documentos de cobrança e gestão de recebimentos;
- c) cumprir procedimentos de conferência e quitação financeira das faturas emitidas pelas Seguradoras e/ou Operadoras, relativas às Apólices e/ou Planos abrangidos por este Contrato;
- d) gerir repasses de pró-labores a participantes das Apólices e/ou Planos, na condição de prestadores de serviços a eles vinculados;
- e) acompanhar a evolução das Apólices e/ou Planos durante a vigência, avaliando periodicamente o seu resultado técnico, visando orientar os procedimentos de gestão e de comunicação com os Beneficiários, assim como cuidar dos procedimentos de renovação das Apólices e/ou Planos com as respectivas Seguradoras e/ou Operadoras;
- f) assumir o risco decorrente da inadimplência da **SUB-ESTIPULANTE** e/ou dos Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

2.2 A **ADMINISTRADORA**, no cumprimento das obrigações de contratação e manutenção, será responsável por:

- a) prestar consultoria e orientação à **SUB-ESTIPULANTE** durante a contratação ou renovação das Apólices e/ou Planos, de acordo com seu papel fixado na legislação vigente e em favor do interesse dos Beneficiários;
- b) acompanhar a implantação ou renovação das Apólices e/ou Planos pelas Seguradoras e/ou Operadoras garantidoras do risco nas quais a **SUB-ESTIPULANTE** esteja incluída, verificando a conformidade das suas cláusulas e condições perante a legislação vigente e as condições e particularidades pactuadas na contratação ou renovação;
- c) prestar orientação e suporte aos procedimentos de contratação ou ingresso de Beneficiários nas Apólices e/ou Planos, cuidando para que estes recebam previamente o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual estabelecidos pela RN nº 195 da ANS, fornecidos pelas Seguradoras e/ou Operadoras e, havendo dúvidas ou demanda de esclarecimentos manifestadas, auxiliar na sua mitigação;
- d) executar os procedimentos de movimentação dos Beneficiários das Apólices e/ou Planos administrados, caracterizados por inclusões, exclusões e ajustes para Beneficiários titulares e dependentes, prestando esclarecimentos e orientações necessários.

2.2.1 Para auxiliar nos procedimentos de contratação e manutenção de Beneficiários, a **ADMINISTRADORA** poderá contratar terceiras pessoas, físicas ou jurídicas, por ela treinadas e orientadas, remunerando-as na forma da legislação vigente.

2.3 A **ADMINISTRADORA**, no cumprimento das obrigações de cobrança, acompanhamento dos recebimentos, conferência e quitação de faturas das Apólices e/ou planos perante as Seguradoras e/ou Operadoras, será responsável por:

- a) executar os procedimentos de emissão de documentos de cobrança bancária em nome dos Beneficiários titulares vigentes nas Apólices e/ou Planos, com os valores correspondentes às contraprestações de Beneficiários titulares e dependentes, providenciando para que tais documentos cheguem a seus destinatários, por meio físico ou eletrônico, com prazo anterior à sua data de vencimento;
- b) acompanhar e controlar os pagamentos efetuados pelos responsáveis, notificando Beneficiários titulares inadimplentes perante suas obrigações e comunicando a **SUB-ESTIPULANTE** sobre não cumprimento das obrigações financeiras por Beneficiários, bem como sobre a iminência de cancelamentos por inadimplência;
- c) responsabilizar-se pela gestão dos recursos financeiros arrecadados e por sua utilização para quitar, nos respectivos vencimentos, as faturas correspondentes à cobertura das Apólices e/ou Planos, emitidas pelas Seguradoras e/ou Operadoras;
- d) responsabilizar-se pelo repasse de pró-labores que, por força dos serviços prestados na administração das Apólices e/ou Planos, sejam devidos a terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, mediante a contrapartida de Notas Fiscais de prestação de serviços, aplicando-se, onde couber, a legislação tributária vigente.

2.3.1 Na hipótese da alínea (a), se o prazo não puder ser observado por circunstâncias alheias à vontade da **ADMINISTRADORA**, o vencimento dos documentos de cobrança bancária será prorrogado.

2.3.2 Todos os parâmetros referentes à gestão financeira objeto desta Cláusula, tais como valores, vencimentos, datas limites para quitação de faturas na rede bancária, multas, taxas e percentuais relativos aos recebimentos e pagamentos decorrentes deste Contrato serão estabelecidos nos Anexos.

2.4 A **ADMINISTRADORA**, no cumprimento das obrigações de acompanhamento técnico das Apólices e/ou Planos, será responsável por:

- a) avaliar trimestralmente os elementos técnicos da Apólice e/ou Plano, perfis de utilização pelos Beneficiários, estatísticas de sinistros por natureza e custos de atendimento, analisando e relatando os efeitos observados para conhecimento e acompanhamento da **SUB-ESTIPULANTE**;
- b) assessorar a **SUB-ESTIPULANTE** em suas decisões que envolvam comunicação com Beneficiários, esclarecimentos sobre utilização das coberturas oferecidas e meios de administração dos custos, bem como orientar a **SUB-ESTIPULANTE** sob o ponto de vista técnico quando das renovações periódicas das Apólices e/ou Planos.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA SUB-ESTIPULANTE

Constituem responsabilidades da **SUB-ESTIPULANTE**:

- a) acompanhar os procedimentos de renovação das Apólices e/ou Planos nas quais seja Sub-Estipulante, apreciar as ponderações e relatórios técnicos apresentados e tomar as decisões pertinentes, informando-as por escrito à **ADMINISTRADORA** para as necessárias providências;
- b) acompanhar os relatórios de recebimentos das contraprestações dos Beneficiários, posições de inadimplência e outras informações de natureza financeira, tomando providências perante os Beneficiários titulares quando assim for necessário.

CLÁUSULA QUARTA – OUTRAS OBRIGAÇÕES

Serão registradas nos Anexos correspondentes as obrigações mútuas entre as Partes, relativas à entrega ou disponibilização de documentos, posições, relatórios e demais registros que deverão ser resolvidos entre si, no cumprimento das obrigações fixadas neste Contrato.

CLÁUSULA QUINTA – REMUNERAÇÃO DA ADMINISTRADORA

5.1 A **SUB-ESTIPULANTE** autoriza neste ato que cada Seguradora e/ou Operadora responsável por Apólice e/ou Plano direcione eventuais pagamentos de administração mensal das Apólices e/ou Planos diretamente em favor da **ADMINISTRADORA**.

5.2 Nos valores eventualmente pagos estarão incluídas as contraprestações pelos serviços operados diretamente pela **ADMINISTRADORA** e também os oferecidos por terceiros, particularmente os relativos ao atendimento direto dos Beneficiários para as operações de inclusão, manutenção ou exclusão nas Apólices e/ou Planos. Os repasses financeiros serão feitos diretamente pela **ADMINISTRADORA** aos terceiros.

CLÁUSULA SEXTA – VIGÊNCIA

6.1 Este Contrato vigorará pelo prazo de 36 (trinta e seis) meses, contados da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado por períodos iguais e sucessivos caso as Partes não se manifestem em contrário até 90 (noventa) dias antes da respectiva data de vencimento.

- a) No caso de rescisão ou término do prazo de vigência deste Contrato, por qualquer motivo, os Beneficiários adimplentes permanecerão vinculados às Apólices e/ou Planos estipulados pela **ADMINISTRADORA**.

6.2 A vigência de cada Apólice e/ou Plano será estabelecida nos Anexos deste Contrato e a rescisão de qualquer Apólice e/ou Plano não implicará na rescisão deste Contrato.

CLAUSÚLA SÉTIMA – RESCISÃO

7.1 Este Contrato somente poderá ser rescindido antecipadamente pelas Partes no caso de fraude, dolo ou descumprimento das condições contratuais, não sendo admitida a rescisão antecipada.

7.2 No caso de rescisão ou término do prazo de vigência deste Contrato, por qualquer motivo, os Beneficiários adimplentes permanecerão vinculados às Apólices e/ou Planos estipulados pela **ADMINISTRADORA**.

CLÁUSULA OITAVA – CONFIDENCIALIDADE

8.1 As Partes se obrigam a guardar segredo sobre as informações confidenciais adquiridas por força deste Contrato, durante e após seu período de vigência.

8.2 São informações confidenciais todos os documentos e informações relativos às atividades das Partes que não sejam de conhecimento público, tais como, entre outros, custos, produtos, serviços, preços, lista de empregados ou associados, *know-how*, técnicas de produção e estratégias de atuação.

CLÁUSULA NONA – DIVULGAÇÃO DE SERVIÇOS E PRODUTOS

9.1 Durante a vigência deste Contrato, no contexto do escopo da cooperação aqui acordada, cada Parte poderá fazer uso gratuito das marcas, símbolos e insígnias da outra Parte, para fins de divulgação dos produtos e serviços aqui referidos.

9.2 O uso autorizado nesta Cláusula se limita à inserção das marcas, símbolos e insígnias em promoções, eventos e campanhas publicitárias, cessando imediatamente com o término de vigência deste Contrato.

9.3 O disposto nesta Cláusula não gerará para as Partes qualquer espécie de direito sobre o uso da marca e de qualquer outra propriedade intelectual da outra Parte.

CLÁUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Aplicam-se a este Contrato as leis da República Federativa do Brasil.

10.2 Este Contrato não cria entre as Partes qualquer espécie de vínculo societário ou associação de qualquer natureza, nem tampouco qualquer vínculo empregatício, sendo que as Partes continuarão a existir e agir de forma absolutamente independente uma em relação à outra.

10.3 A eventual aceitação, por uma das Partes, da inexecução, pela outra Parte, de quaisquer cláusulas ou condições deste Contrato, a qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, a desistência de exigir o cumprimento das disposições aqui contidas ou do direito de pleitear, futuramente, a execução total de cada uma das obrigações.

10.4 A **SUB-ESTIPULANTE** em hipótese alguma será responsabilizada pelos serviços (Apólice e/ou Plano) contratados pelos seus **BENEFICIÁRIOS**, sendo que eventuais cobranças, judiciais ou extra-judiciais, serão efetuadas, única e exclusivamente, em face dos **BENEFICIÁRIOS** que contratarem serviços junto à Administradora, não recaindo sobre o SINDYPSI-PR qualquer responsabilidade financeira, direta ou indireta; subsidiária ou solidária.

10.5 Este Contrato representa o acordo integral entre as Partes sobre o objeto aqui tratado, substituindo qualquer outro ajuste, entendimento ou documento anterior para todos os fins de direito.

10.6 Qualquer alteração a este Contrato somente será considerada válida e eficaz se feita por escrito e assinada por ambas as Partes.

10.7 Todas as notificações decorrentes deste Contrato deverão ser feitas por escrito e serão consideradas eficazes:

- a) quando entregues pessoalmente à Parte a ser notificada, mediante protocolo; ou
- b) após 5 (cinco) dias contados do recebimento de carta com aviso de recebimento à Parte a ser notificada e da transmissão da notificação por fax à Parte a ser notificada, desde que acompanhada de postagem do original por carta registrada.

10.7.1 Para efeito de qualquer notificação, observar-se-ão os dados fornecidos pelas Partes no preâmbulo deste Contrato, que poderão ser alterados por notificação enviada por uma Parte à outra Parte.

10.8 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba-PR, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir os conflitos decorrentes deste Contrato.

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, 29 de agosto de 2012.

Pela **SUB-ESTIPULANTE**:

Pela **ADMINISTRADORA**:

**SINDICATO DOS PSICÓLOGOS NO ESTADO
DO PARANÁ - SINDIPSI**

**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E
SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

Testemunhas:

Assinatura:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Nome:

CPF:

ANEXO I

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO E/OU CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Este Anexo especifica a Apólice e/ou Plano a que adere a **SUB-ESTIPULANTE** por estipulação da **ADMINISTRADORA**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

1.1 A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESPÉCIE DE APÓLICE E/OU PLANO** – Contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- b) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos, registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- c) **SUB-ESTIPULANTE** – Sindicato dos Psicólogos no Estado do Paraná;
- d) **OPERADORA PRINCIPAL** – Sul América Seguro Saúde S/A, registro ANS 0004-3;
- e) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 1º de setembro de 2012 a 31 de agosto de 2013;
- f) **QUANTIDADE DE VIDAS** – Número mínimo de vidas para a abertura da entidade – 31 vidas.
- g) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- h) **ABRANGÊNCIA** – Nacional;
- i) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Planos Referência, Exato-Enfermaria, Exato-Apartamento, Básico 10 Apartamento, Clássico, Especial 100 e Executivo, conforme os padrões e registros abaixo:

Plano	Padrão de Acomodação	Registro na ANS
Referência	Quarto Coletivo	466057119
Exato-Enfermaria	Quarto Coletivo	466429129
Exato-Apartamento	Quarto Privativo	466433127
Básico 10 Apartamento	Quarto Privativo	466431121
Clássico	Quarto Privativo	466432129
Especial 100	Quarto Privativo	466430122
Executivo	Quarto Privativo	466428121

- i.1) a Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;
- i.2) as Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SulAmérica Saúde.
- j) **COBERTURA** – O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da

Organização Mundial de Saúde, respeitado os múltiplos de reembolso conforme o plano contratado.

- k) **REEMBOLSO OU PAGAMENTO DE DESPESAS** – Serão reembolsadas ao Beneficiário, de acordo com os limites do plano contratado, ou efetuado o pagamento, por conta e ordem deste, diretamente à rede referenciada, as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares;

k.1 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:

k.1.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde.

k.1.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado..

k.1.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

k.1.3.1 O valor da USR de reembolso será reajustado considerando exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares da carteira de contratos da SulAmérica Saúde, respeitando o critério constante da resolução CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, a qual, diz que o reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado com profissionais e instituições não referenciadas não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.

k.2 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

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

*Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

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

k.3 os múltiplos de reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde para obtenção do valor, em moeda corrente nacional, de reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas e efetivamente pagas pelo Beneficiário Titular e/ou seus Beneficiários Dependentes, de acordo com os cálculos acima descritos.

Tabela de Múltiplos de Reembolso

Plano de Seguro	Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
Referência	1,1	0,6	0,6	0,6	0,6
Exato-Enfermaria	1,1	0,6	0,6	0,6	0,6
Exato-Apartamento	1,1	0,6	1,2	0,6	0,6
Básico 10-Apartamento	2,16	1,0	2,0	1,0	1,0
Clássico	2,4	1,0	2,0	1,0	1,0
Especial 100	2,9	1,0	2,0	1,0	1,0
Executivo	6,5	3,0	4,0	4,0	3,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

- l) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** – Serão aplicadas à Apólice e/ou Plano, quando necessário, a cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da regulamentação específica.

m) **ELEGIBILIDADE**

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice em nome do Estipulante o grupo elegível será composto dos seguintes;

a. **Titular:**

Exclusivamente os profissionais com o Certificado de Conclusão de Curso em Psicologia, registrados no CRP/PR e que estejam devidamente inscritos no Sindicato dos Psicólogos no Estado do Paraná.

b. **Dependentes:**

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

CLÁUSULA SEGUNDA – PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1 O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais do titular e de seus dependentes, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

2.2 O segurado pagará o prêmio mensal mais os encargos previstos na legislação vigente, correspondente à faixa etária do plano de seguro contratado (titular+dependentes), na data do vencimento mensal indicado no documento de cobrança, que corresponde ao dia 30(trinta) do mês anterior à sua vigência em cobrança bancária em favor do Estipulante.

2.3 O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta de Adesão Seguro Saúde Coletivo por Adesão, que é parte integrante deste contrato de seguro.

2.4 O prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 63 , conforme descrito a seguir:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

2.5 O prêmio mensal será pago somente na rede bancária conveniada, ou por débito em conta corrente do segurado mediante autorização expressa do correntista, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

2.6 Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados fora do prazo mensal de movimentação cadastral, serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

2.7 As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

2.8 O pagamento da fatura perante a Seguradora é de responsabilidade do Estipulante de acordo com as cláusulas contratuais.

2.9 O pagamento de prêmio mensal pelo segurado não quita eventuais débitos anteriores.

2.10 Se o Estipulante não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.11 Os prêmios não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1%(um por cento) ao mês de juros de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, o valor do prêmio mensal, acrescido de multa e do juro aqui estabelecidos, será lançado no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se portanto duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

2.12 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente por um período superior a 30(trinta) dias, uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

2.13 Como consequência da eventual não devolução dos documentos aludidos no subitem 2.12, o segurado ficará responsável pelo ressarcimento ao Estipulante de todas as despesas e custos judiciais necessários à recuperação dos mesmos, além de continuar obrigado pelo pagamento do prêmio aqui contratado até a data da efetiva entrega dos mencionados documentos.

2.14 O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Segurado em relação ao Estipulante/Administradora de Benefícios.

2.15 O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

2.16 O Prêmio mensal deverá ser pago pelo Segurado antes da utilização das coberturas contratadas.

2.17 O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.

CLÁUSULA TERCEIRA – REAJUSTES CONTRATUAIS

Estão previstos para este contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir. Podendo os mesmos serem aplicados cumulativamente.

3.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do prêmio mensal será reajustado anualmente **no aniversário da Apólice Mestra Estipulada pela Extramed(setembro), independente da data de início individual de cada segurado**, com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares-VCMH, de administração, de comercialização e de

outras despesas incidentes sobre a operação do seguro. Esta variação é calculada pela Seguradora conforme normas da ANS e devidamente auditado por empresa de auditoria independente.

3.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, **aplicação no mês de setembro, em função da sinistralidade da Apólice Mestra estipulada pela Extramed, independente da data de início individual de cada segurado.**

3.2.1 Será feita uma única apuração para a Apólice Mestra(setembro), independente da data de adesão de cada segurado. Caso seja apurada necessidade de reajuste do prêmio em função da sinistralidade este será aplicado sobre a totalidade do grupo da Apólice Mestra

3.2.2 O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

3.2.3 Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos, e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

3.2.4 Na soma dos prêmios serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

3.2.5 Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência do contrato.

3.2.6 O cálculo do prêmio novo, será obtido conforme a seguinte fórmula:

Na qual:

PN= Prêmio Novo

$PN = PA \times ISPPA$ PA= Prêmio Atual

0,70 ISPPA= Índice de Sinistro Pago + Sinistro Avisado/Prêmio

0,70= Índice Máximo de Sinistralidade

3.2.7 O valor do prêmio recalculado por força do que dispõe o “captu” e na formula estabelecida pelo item 12.2.6, será devido a partir da mensalidade com vencimento em 30 de agosto, referente ao período de cobertura setembro.

3.2.8 As apurações subsequentes ao do primeiro período, serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

3.2.9 A Seguradora reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

3.3 Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato, nas modalidades citadas nas cláusulas anteriores, é informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

4.1 O período de vigência do contrato entre a Estipulante e o Sub-Estipulante é de 12 meses, contados, de forma única para todos os segurados **vinculados ao Sub-Estipulante**, a partir **da data de aniversário informada na Proposta de Adesão** e sua renovação é automática, caso não haja expressa desistência do **Sub-Estipulante** até 60 dias antes da data do final da vigência, **ou o cancelamento da Apólice por parte da Seguradora, com a mesma antecedência.**

4.2 No caso de inclusão de novos segurados, em data que não seja coincidente com a data de renovação **do contrato entre o Estipulante e o Sub-Estipulante**, o seguro terá, no primeiro ano, vigência inferior a 12 meses.

4.3 A vigência individual do segurado iniciará a partir da 00:00 (zero) hora do primeiro dia do mês civil informado na proposta de adesão, desde que o Segurado acate as Coberturas Parciais

Temporárias informadas pela Seguradora, e que a proposta seja aceita pela Seguradora após análise da documentação necessária para implantação.

4.4 Sempre que este seguro for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

CLÁUSULA QUINTA – CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1 Cancelamento do Seguro por iniciativa do Segurado.

O contrato poderá ser rescindido por vontade do segurado bastando que o mesmo não tenha débitos com o Estipulante, e envie pedido formal ao Estipulante até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao cancelamento para efeito a partir do dia primeiro do mês subsequente, enviando anexas as Carteiras, sem o que não se concretizará o cancelamento, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a entrega das mesmas.

5.1.1 O Segurado será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

5.2 Cancelamento do Seguro por iniciativa do Estipulante.

5.2.1 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente na forma estabelecida na Cláusula 18 – Item 18.12, uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

5.2.1.1 O Segurado será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro por inadimplência, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

5.3 Cancelamento do Seguro por iniciativa da Seguradora.

Este contrato poderá ser rescindido pela Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos ao Estipulante, nas seguintes situações:

5.3.1 CANCELAMENTO MOTIVADO

5.3.1.1 Quando o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de adesão, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

5.3.1.2 Quando for identificado pela Seguradora infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.3.2 CANCELAMENTO IMOTIVADO

5.3.2.1 Quando houver pronunciamento formal da seguradora perante a Estipulante, com até 60 dias de antecedência da vigência do contrato firmado entre o Estipulante e o Sub-Estipulante especificado na Proposta de Adesão que dá origem ao presente instrumento, no sentido da não renovação da cobertura dos riscos abrangidos pelo mesmo, nas condições vigentes.

5.3.2.2 Quanto houver pronunciamento formal do Sub-Estipulante, com a mesma antecedência do item precedente, no sentido da não renovação do contrato de sub-estipulação vigente entre este e o Estipulante.

5.3.2.3 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante/Sub-Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência.

5.4 O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Término do vínculo com o Sub-Estipulante definido na proposta de adesão seguro saúde coletivo por adesão, sobre o qual se obriga a reportar quando da sua ocorrência;
- b) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da Seguradora.

5.5 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro;
- b) Cancelamento do Segurado Titular.

5.6 Em qualquer das situações de cancelamento o Segurado não terá direito a devolução dos prêmios pagos.

CLÁUSULA SEXTA – COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para atender aos dispositivos regulamentares e preservar a integridade do resultado da apólice e validação do grupo segurável previsto em contrato, a Seguradora poderá solicitar a qualquer momento após a implantação da apólice, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre Segurado e Sub-Estipulante, e a relação de dependência financeira entre Segurado Titular e dependentes.

6.1 Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o Segurado Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo do segurado com o Sub-estipulante, que não seja informado para o Estipulante para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1 O Segurado será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em Rede Referenciada, Reembolsos e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do segurado para o último dia do mês da ocorrência desta constatação.

CLÁUSULA SÉTIMA - CARÊNCIA

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

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

7.2 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

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

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias

e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

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

Este prazo servirá também como condição de análise para inclusão de filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, bem como assistência ao recém-nascido;

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética;

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

7.3 Qualquer prazo de carência diferente destes, deverão constar em condições particulares, desde que respeitado os critérios definidos na Lei 9656/98 e resoluções normativas ANS.

7.4 Não é permitido ao Segurado, ao Sub-Estipulante e/ou Estipulante efetuar o pagamento antecipado dos prêmios mensais do seguro, para fins de cumprimento dos prazos de carência previstos nestas Condições Gerais.

7.5 Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa ANS nº 195.

7.6 Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças e lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária não é Carência.

CLÁUSULA OITAVA – TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

TABELA DE VALORES – REGIÃO SUL							
Faixa Etária	Referência*	Exato Enfermaria*	Exato Apartamento*	Básico 10 Apartamento*	Clássico*	Especial 100*	Executivo*
00-18	156,61	103,90	113,54	127,58	140,33	157,54	315,44
19-23	245,16	162,63	177,74	199,70	219,68	265,28	531,14
24-28	251,82	167,05	182,57	205,14	225,65	268,73	538,04
29-33	256,06	169,86	185,65	208,59	229,44	279,25	559,12
34-38	263,79	175,00	191,25	214,89	236,37	287,35	575,33
39-43	267,41	177,39	193,87	217,83	239,61	291,50	583,64
44-48	383,70	254,53	278,18	312,56	343,81	385,99	772,83
49-53	389,63	258,47	282,48	317,39	349,13	490,55	982,19
54-59	483,13	320,50	350,27	393,56	432,91	608,29	1.217,91
59 ou +	939,66	623,34	681,25	765,44	841,99	945,28	1.892,64

*OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09 INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

CLÁUSULA NONA – TAXA DE CADASTRAMENTO E IMPLANTAÇÃO

9.1 Para todos os beneficiários que aderirem ao plano referente a este Anexo, o pagamento da taxa de cadastramento e implantação será obrigatório, conforme valores descritos na proposta de adesão.

9.2 A Taxa não substitui nem isenta o pagamento da 1ª(primeira) parcela da mensalidade do plano. A taxa destina-se a procedimentos administrativos e será cobrado via fatura.

CLÁUSULA DÉCIMA – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

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

10.2 A transferência para o plano imediatamente superior, de acordo com as opções listadas no quadro a seguir, poderá ocorrer no mês de setembro, quando solicitada formalmente pela estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias.

Opções de transferência para o plano imediatamente superior	
De:	Para:
Exato Enfermaria	Exato Apartamento
Exato Apartamento	Básico 10 Apartamento
Básico 10 Apartamento	Clássico
Clássico	Especial 100
Especial 100	Executivo

10.3 Não será permitida a transferência para plano inferior.

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Anexo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, 29 de agosto de 2012.

Pela **SUB-ESTIPULANTE**:

Pela **ADMINISTRADORA**:

**SINDICATO DOS PSICÓLOGOS NO ESTADO
DO PARANÁ - SINDIPSI**

**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E
SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

Testemunhas:

Assinatura:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Nome:

CPF: