

## **REGULAMENTO DO PLANO VIVASAÚDE**

### **CAPÍTULO I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS**

**Art. 1º** - A **VIVACOM PLANOS DE SAÚDE**, nome fantasia **VIVACOM**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, constituída sob a modalidade de autogestão, com Mantenedora e Patrocinadoras, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 36.146-1, inscrita no CNPJ sob o nº 37.880.952/0001-57, estabelecida à Avenida T-10, nº 208, Lotes 9/12, Quadra 102, Ed. New Times SQ, Setor Bueno, CEP 74.223-060, em Goiânia/GO, é a entidade que opera e administra o plano privado de assistência à saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

**Parágrafo Único** - É **PATROCINADORA** do **PLANO**:

**Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S/A**, nome fantasia **Equatorial Energia Goiás**, inscrita no CNPJ sob nº 01.543.032.0001-04, estabelecida à Rua 02, nº 505, quadra A-37, Ed. Gileno Godói, Jardim Goiás, CEP 74.805-180, em Goiânia/GO.

**Art. 2º** - O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **VIVASAÚDE** e está registrado na ANS sob o nº 509.348/26-1, possuindo como Características Gerais:

- I- Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II- Segmentação Assistencial:** Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- III- Área Geográfica de Abrangência:** Nacional;
- IV- Padrão de Acomodação em Internação:** Individual;
- V- Formação do Preço:** Pré-estabelecido.

**Art. 3º** - Além das coberturas previstas nas Seções I e II do **CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III desse Capítulo.

### **CAPÍTULO II DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO**

**Art. 4º** - O presente Regulamento estabelece as normas, condições, direitos e obrigações aplicáveis à prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art.1º da Lei nº. 9.656/1998, visando à Assistência Médica e Hospitalar com Obstetrícia aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento e com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

**Parágrafo Único** - O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

### **CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES**

**Art. 5º** - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I- ACIDENTE PESSOAL:** evento súbito, involuntário e de causa externa, ocorrido em data determinada, que provoque lesão física no beneficiário, não decorrentes de problema de saúde, e torne necessário o atendimento ou tratamento médico. Consideram-se exemplos de acidente pessoal, entre outros, acidentes automobilísticos, quedas, queimaduras, afogamentos e inalação acidental de gases.;
- II- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- III- ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Regulamento dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos pelo **PLANO**;
- IV- ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- V- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA:** evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, nos termos do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998;
- VI- ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:** evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, nos termos do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998;
- VII- CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- VIII- BENEFICIÁRIO TITULAR:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo o caracteriza como detentor principal do vínculo com a VIVACOM;
- IX- BENEFICIÁRIO:** pessoa física inscrita no PLANO, na qualidade de Beneficiário Titular ou Dependente, que faz jus às coberturas assistenciais previstas neste Regulamento;
- X- CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do PLANO, durante o qual o Beneficiário paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas neste Regulamento;
- XI- COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, dentre outras;
- XII- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;
- XIII- COPARTICIPAÇÃO:** mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo Beneficiário à VIVACOM, referente à realização de procedimento ou evento em saúde, definida em termos percentuais ou valores fixos;
- XIV- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal;
- XV- DEPENDENTE:** pessoa física vinculada ao Beneficiário Titular, cuja inscrição no PLANO, na forma deste Regulamento, dá direito às coberturas assistenciais previstas;
- XVI- EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA:** as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para

o próprio paciente ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

- XVII- ENTREVISTA QUALIFICADA:** entrevista realizada por médico designado pela VIVACOM para acompanhamento do preenchimento da Declaração de Saúde, ocasionada pela manifestação do Beneficiário quanto ao desejo de preenchimento acompanhado ou de orientação quando da dúvida no preenchimento da Declaração;
- XVIII- DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP):** doença ou lesão de que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- XIX- HOSPITAL-DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- XX- INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- XXI- MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;
- XXII- TABELA DE REEMBOLSO:** lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, inclusive para fins de reembolso;
- XXIII- MENSALIDADE:** o valor mensal previsto contratualmente, com as variações decorrentes da faixa etária, e excluídos os valores de coparticipação.
- XXIV- PATROCINADORA:** pessoa jurídica vinculada à VIVACOM na condição de patrocínio do PLANO, cujos empregados, sócios, administradores e demais pessoas elegíveis podem se inscrever como Beneficiários, conforme previsto neste Regulamento;
- XXV- OPME:** Órteses, Próteses e Materiais Especiais utilizados em procedimentos médicos, de acordo com a regulamentação da ANS;
- XXVI- ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS:** Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela ANS e suas atualizações;
- XXVII- DECLARAÇÃO DE SAÚDE:** documento habilitado para o Beneficiário informar ao PLANO, no momento da inscrição, se conhece a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais seja portador ou sofrendor, bem como para ciência quanto aos limites de cobertura do PLANO.

#### **CAPÍTULO IV DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**Art. 6º - Poderão se inscrever no PLANO:**

**I- Na qualidade de Beneficiários Titulares:**

- a)** os empregados ativos com vínculo empregatício com a **PATROCINADORA**;
- b)** os sócios e administradores da **PATROCINADORA**.
- c)** os empregados licenciados e/ou afastados de suas funções, e os empregados em disponibilidade sem ônus para a **PATROCINADORA**.
- d)** os aposentados que tenham sido vinculados ao **PLANO** em decorrência de relação empregatícia com a **PATROCINADORA**, observado o disposto no Capítulo XV;
- e)** os ex-empregados ou exonerados sem justa causa vinculados ao **PLANO**, ressalvado o disposto no

## Capítulo XV;

### II- Na qualidade de Beneficiários Dependentes:

- a) cônjuge ou companheiro, com escritura pública de união estável, inclusive do mesmo sexo;
- b) filho até 23 (vinte e três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- c) enteado, menor sob guarda judicial e menor tutelado, observadas as mesmas exigências relativas ao filho;
- d) filho comprovadamente inválido, sem limite de idade, enquanto perdurar a invalidez; .

**Parágrafo Primeiro - A inscrição e a permanência dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular, ressalvadas as hipóteses de manutenção legal ou regulamentar previstas neste Regulamento.**

**Parágrafo Segundo - A inscrição dos Beneficiários se dará mediante requisição da PATROCINADORA, bem como preenchimento e assinatura do Termo de Adesão correlato, a ser apresentado à VIVACOM.**

**Parágrafo Terceiro - Ao Termo de Adesão deverão ser anexados , obrigatoriamente, cópia de todos os documentos comprobatórios dos dados cadastrais dos Beneficiários, tanto Titular quanto Dependentes, necessários à verificação das condições de elegibilidade previstas neste Regulamento, além de comprovação:**

- a) Relação de parentesco, inclusive a decisão judicial, no caso de menor sob guarda ou tutela do Titular;
- b) União estável, inclusive homoafetiva, mediante apresentação de escritura pública declaratória da união estável;
- c) Invalidez, comprovada em laudo emitido pelo INSS ou por outros meios definidos pela VIVACOM.
- d) da Declaração de Doença ou Lesão Preexistente devidamente preenchida, quando cabível.

**Parágrafo Quarto – O ingresso do Beneficiário ao PLANO ocorrerá após o processamento da inscrição pela VIVACOM, que se dará no prazo máximo de 07 (sete) dias úteis após o recebimento do Termo de Adesão devidamente assinado, acompanhado da documentação prevista neste artigo.**

**Parágrafo Quinto - Os documentos referidos neste artigo deverão ser apresentados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição.**

**Art. 7º - Em respeito ao art. 12 da Lei nº 9.656/98, é assegurada a inclusão:**

- I- do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a realização do parto ou da adoção;**
- II- do filho adotivo, de qualquer idade, do Beneficiário, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, **observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.**

**Parágrafo Único - A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.**

## **CAPÍTULO V**

### **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Art. 8º** - A **VIVACOM** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carência e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos, realizados na área de abrangência e na área de atuação do **PLANO**, relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos da Lei nº 9.656/1998, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) as Diretrizes Clínicas (DC) aplicáveis à segmentação contratada, sem prejuízo das coberturas adicionais expressamente previstas na Seção III deste Capítulo.

#### **Seção I**

##### **Das Coberturas Ambulatoriais**

**Art. 9º** - A cobertura ambulatorial compreende:

- I-** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
  - a)** Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- II-** 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, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- III-** Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, desde **que solicitadas pelo médico assistente;**
- IV-** Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico ou obstetriz, **de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- V-** Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente;**
- VI-** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **solicitados pelo médico assistente**, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- VII-** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VIII-** Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- IX-** Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso,

**desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**

- X- Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI- Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XII- Hemoterapia ambulatorial;
- XIII- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.**

## **Seção II**

### **Das Coberturas Hospitalares**

**Art. 10** - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I- Internações hospitalares, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II- Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação do paciente;
- III- Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:**
  - a) **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - b) **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.**
- IV- Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do(a) Beneficiário(a) 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;**
- V- Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- VII- Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, **observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;**
- VIII- Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX- Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde

necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do Beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observadas as seguintes regras:

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

X- Procedimentos ambulatoriais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral e para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas, em qualquer caso, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- d) Procedimentos radioterápicos;
- e) Hemoterapia;
- f) Nutrição parenteral ou enteral;
- g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos 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 da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, **conforme solicitação e indicação do médico assistente.**

XI- Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XII- Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIII- Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do Beneficiário receptor;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da

cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**;

- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;
- e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente:
  - 1. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - 2. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - 3. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XIV- Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XV- Acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, **salvo intercorrências, a critério médico, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;

XVI- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção, sem a exigência de carência, observadas as condições previstas na legislação aplicável.

**Art. 11** - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I- O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;
- II- Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.
- III- Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, **de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**;
  - a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
  - b) Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, limitado ao percentual de coparticipação estabelecido neste regulamento.

**Art. 12** - O presente Regulamento garante, ainda:

- I- Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998,

**previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**

- II-** Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia e sedação, **caso haja indicação clínica do profissional assistente;**
- III-** Equipe necessária à realização do procedimento, **caso haja indicação do profissional assistente, observada a regulamentação da ANS;**
- IV-** Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula ou manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;
- V-** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuro navegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, **quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- VI-** Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, **conforme indicação do profissional assistente.**

**Art. 13** – Salvo exceções devidamente justificadas e fundamentadas pelo médico assistente, não será permitida a participação de mais de uma equipe e/ou profissional especialista na execução do mesmo procedimento, exceto em casos de urgência e emergência.

Parágrafo Único – A necessidade de um ou mais especialistas, se houver, deverá ser previamente solicitada pelo médico assistente e depende de expressa liberação da **VIVACOM**.

**Art. 14** – Salvo exceções devidamente justificadas e fundamentadas pelo médico assistente, não será autorizada pela **VIVACOM**:

- I – internação de véspera para realização de cirurgia, exceto quando o procedimento for tecnicamente necessário;
- II – internação para realização de exames de investigação diagnóstica que possam ser realizados em ambulatório sem risco ao Beneficiário;
- III – internação para realização de pequenas cirurgias passíveis de execução em nível ambulatorial.

### **Seção III** **Das Coberturas Adicionais**

**Art. 15** - Além das coberturas previstas na legislação de saúde suplementar, a **VIVACOM** garantirá cobertura adicional de atenção domiciliar, compreendendo atendimento e internação domiciliar, a critério exclusivo do **PLANO**, observados a indicação do profissional assistente, os critérios deste Regulamento e regulamentação sanitária e setorial vigente, e desde que a família do Beneficiário providencie, às suas expensas, um cuidador ou similar, e concorde expressamente com as regras relativas à cobertura estabelecida pela **VIVACOM**:

- I- Atendimento Domiciliar:** visitas e procedimentos isolados ou periódicos solicitados pelo profissional assistente habilitado, a serem realizados no domicílio do Beneficiário impossibilitado ou com dificuldades de locomoção, como alternativa aos pacientes que não necessitam de hospitalização, sendo que:
  - a)** os procedimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, realizados em atendimento domiciliar, observarão as regras de coparticipação previstas no Art. 40 deste Regulamento, se houver;

- b) o atendimento domiciliar, quando não substituiu a internação hospitalar, não inclui cobertura de gastos com medicação, materiais e equipamentos.

**II- Internação Domiciliar:** serviço prestado no domicílio do Beneficiário, em substituição à internação hospitalar, mediante indicação e consentimento do médico assistente, a ser realizado por equipe técnica habilitada e multiprofissional da área de saúde, coordenada e supervisionada obrigatoriamente por médico registrado junto ao Conselho Regional de Medicina, com estrutura logística de apoio inclusive para treinamento do “cuidador” (conforme parágrafo terceiro), observando-se que:

- a) nas internações domiciliares, oferecidas em substituição à internação hospitalar, não haverá coparticipação do Beneficiário;
- b) nas internações domiciliares em substituição à internação hospitalar, a **VIVACOM** cobrirá as despesas com medicamentos prescritos e demais insumos assistenciais que seriam cobertos na internação hospitalar, quando indispensáveis ao tratamento que determinou a internação, observada a regulamentação aplicável;
- c) materiais e equipamentos vinculados e indispensáveis ao tratamento poderão ser cedidos pela **VIVACOM**, desde que prescritos pelo médico assistente e não pertencentes àqueles caracterizados como de uso individual e/ou pessoal, que deverão ser adquiridos pelo Beneficiário em acordo com a indicação médica.

**Parágrafo Primeiro** – A assistência à saúde prestada em domicílio, em todos os cuidados abrangidos, não poderá exceder os serviços prescritos pelo profissional assistente nem incluir atendimento diverso do prescrito.

**Parágrafo Segundo** – A assistência à saúde prestada em domicílio abrangerá fisioterapia respiratória e neuromotora, mediante indicação do médico assistente, nas situações em que o deslocamento do Beneficiário comprometa ou agrave seu quadro clínico, observando-se que:

- I- fisioterapias de manutenção serão encaminhadas à rede credenciada;
- II- psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo, quando indicados pelo médico assistente, serão oferecidos enquanto perdurar a indicação e conforme parecer da auditoria médica da **VIVACOM**.

**Parágrafo Terceiro** - Para efeito do disposto neste artigo, ‘cuidador’ é a pessoa designada pelo Beneficiário, podendo, ou não, ser da família, que mediante assinatura do correspondente “Termo de Compromisso de cuidador”, será responsável pelo acompanhamento do Beneficiário e auxiliará nos cuidados não assistenciais até que o mesmo receba alta ou a cobertura seja cessada, sem substituir a atuação dos profissionais de saúde, atribuindo-se:

**VIVACOM:** o dever de treinar adequadamente o “cuidador”, de forma que o mesmo possa executar os cuidados básicos necessários à complementação do tratamento do Beneficiário em internação domiciliar;

ao “cuidador”: o dever de seguir as orientações prescritas pelo médico assistente e profissionais da equipe de assistência domiciliar, bem como fornecer aos mesmos todas as informações relativas ao tratamento, conforme plano terapêutico prescrito.

**Parágrafo Quarto** - A internação domiciliar se dará mediante atendimento dos seguintes critérios, sem prejuízo dos requisitos previstos na regulamentação sanitária e setorial vigente:

- I- indicação do médico assistente;

- II-** disponibilização de local adequado à boa acomodação do Beneficiário paciente;
- III-** assinatura do “Termo de Compromisso de cuidador” e;
- IV-** aprovação da auditoria médica da **VIVACOM**.

**Parágrafo Quinto** – A cobertura adicional de que trata esta Seção será interrompida nos seguintes casos:

- I-** solicitação expressa do Beneficiário e/ou familiares;
- II-** evolução ou alteração da doença que torne a assistência domiciliar inadequada, observado, no tocante a remoção, o disposto no parágrafo subsequente;
- III-** suspensão e/ou cancelamento do **PLANO**;
- IV-** negligência ou imprudência do “cuidador”;
- V-** alta do Beneficiário paciente;
- VI-** óbito do Beneficiário paciente.

**Parágrafo Sexto** – Nos casos de internação domiciliar, o **PLANO** assegurará a cobertura de remoção para internação hospitalar e/ou exames, desde que solicitado pelo médico assistente e/ou constatada a necessidade pela equipe profissional da **VIVACOM**.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 16** - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do **PLANO** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos que não estejam previstos nas coberturas adicionais expressamente previstas neste Regulamento, ressalvada as atualizações do Rol e os provenientes de:

- I-** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **VIVACOM** sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II-** Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;
- III-** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, ou, ainda, aquele que faz uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;
- IV-** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V-** Inseminação artificial, entendida 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 pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI-** Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

- VII- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- VIII- Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- IX- Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;**
- X- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para segmentação odontológica;**
- XI- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- XII- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- XIII- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- XIV- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XV- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XVI- Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- XVII- Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XVIII- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, ressalvados os que possuem previsão expressa na cobertura adicional prevista neste instrumento;**
- XIX- Aparelhos ortopédicos;**
- XX- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XXI- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**
- XXII- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XXIII- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXIV- Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXV- Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- XXVI- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**

- XXVII- Avaliação pedagógica;
- XXVIII- Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXIX- Atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência, ressalvada a assistência domiciliar prevista na cobertura adicional deste Regulamento;
- XXX- Remoção domiciliar, ressalvada a situação expressamente descrita na cobertura adicional prevista neste instrumento;
- XXXI- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXII- Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXIII- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XXXIV- Alimentação não prescrita no tratamento, adoçantes e suplementos alimentares de qualquer natureza.

## **CAPÍTULO VII DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **Seção I Do Atendimento**

**Art. 17** - Considera-se:

- I-** atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II-** atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

**Parágrafo Primeiro** - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I-** para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, **depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao PLANO;**
- II-** **depois de cumprida a carência para internação,** haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III-** **durante o cumprimento do período de carência para internação,** serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;**
- IV-** **depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias,** haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V-** **durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias,** serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.**

**Parágrafo Segundo** - Nos casos 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, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

## **Seção II**

### **Da Remoção**

**Art. 18** - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observada a regulamentação da ANS em vigor, ficando a **VIVACOM** desobrigada da cobertura de remoções fora das hipóteses legais, cujas despesas serão de responsabilidade exclusiva do Beneficiário.

**Parágrafo Primeiro** - Haverá remoção para uma 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.

**Parágrafo Segundo** - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

**Parágrafo Terceiro** - Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos 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.

**Parágrafo Quarto** – A remoção somente será coberta nos casos expressos previstos na regulamentação da ANS.

**Art. 19** - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I- Quando não possa 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 VIVACOM, desse ônus;**
- II- Caberá à VIVACOM o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**
- III- Na remoção, a VIVACOM 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;**
- IV- Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a VIVACOM estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

## **CAPÍTULO VIII**

### **DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**Art. 20** – Não será exigido o cumprimento de períodos de carência para a garantia das coberturas previstas neste instrumento aos Beneficiários regularmente inscritos no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da:

- I- da assinatura pela PATROCINADORA do Convênio de Adesão ao PLANO;**
- II- de vinculação do Titular à PATROCINADORA;**
- III- em que se tornar elegível para o PLANO.**

**Parágrafo Único** - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outros.

**Art. 21** – Para os Beneficiários cuja inscrição ocorra fora do prazo tratado no artigo anterior, os serviços previstos neste Regulamento serão prestados após o cumprimento dos seguintes períodos de carência, observando-se o disposto na legislação vigente:

- I-** 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, observado o disposto neste Regulamento a respeito dos atendimentos de urgência e emergência;
- II-** 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- III-** 180 (cento e oitenta) dias para internações e demais procedimentos.

**Parágrafo Primeiro** - O prazo de carência será contado a partir do ingresso do Beneficiário ao PLANO.

**Parágrafo Segundo** - Os períodos de carência também serão observados na hipótese de reingresso do Beneficiário ao PLANO.

## **CAPÍTULO IX DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**Art. 22** – Não será exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos Beneficiários regularmente inscritos no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da:

- I-** da assinatura pela **PATROCINADORA** do Convênio de Adesão ao **PLANO**;
- II-** de vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;
- III-** em que se tornar elegível para o **PLANO**.

**Parágrafo Único** - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outros.

**Art. 23** – Os Beneficiários cuja inscrição ocorra fora do prazo tratado no artigo anterior estarão sujeitos ao preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde no qual manifestarão o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes, assim entendidas aquelas de que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98.

**Parágrafo Primeiro** - Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

**Parágrafo Segundo** - 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 credenciada pela VIVACOM, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

**Parágrafo Terceiro - Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da VIVACOM, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.**

**Parágrafo Quarto - 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.**

**Parágrafo Quinto - 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 VIVACOM, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.**

**Art. 24 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio 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 VIVACOM oferecerá a cobertura parcial temporária.**

**Art. 25 - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de adesão do Beneficiário ao PLANO, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas.**

**Art. 26 - A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.**

**Parágrafo Único - As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela VIVACOM por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou por meio de exames médicos de avaliação exigidos pela VIVACOM para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.**

**Art. 27 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no portal - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da VIVACOM, fazendo parte integrante deste instrumento.**

**Art. 28 - Exercendo prerrogativa legal, a VIVACOM não optará pelo fornecimento do Agravo.**

**Art. 29 - 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 VIVACOM deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.**

**Parágrafo Primeiro - Instaurado o processo administrativo na ANS, à VIVACOM caberá o ônus da prova.**

**Parágrafo Segundo - A VIVACOM 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.**

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

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

**Parágrafo Quinto - Após julgamento, e acolhida a alegação da VIVACOM, pela ANS, o Beneficiário passará 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 ou lesão preexistente, pela VIVACOM, bem como será excluído do PLANO.**

**Parágrafo Sexto - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do PLANO até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.**

## **CAPÍTULO X DO REEMBOLSO**

**Art. 30 - A VIVACOM assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde eletiva e de urgência e emergência em todo o território nacional, desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e observado o disposto neste Capítulo.**

**Parágrafo Primeiro - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da VIVACOM (e que não poderá resultar em valor inferior ao praticado pela VIVACOM junto à rede de prestadores do PLANO, inclusive nas hipóteses de urgência e emergência).**

**Parágrafo Segundo - O valor do reembolso dos procedimentos previstos neste Regulamento será calculado conforme a Tabela de Reembolso da VIVACOM.**

**Parágrafo Terceiro - Do valor a reembolsar, a VIVACOM deduzirá a coparticipação do Beneficiário considerando as regras previstas neste Regulamento, apurando assim o valor devido de reembolso.**

**Parágrafo Quarto - Entende-se por Tabela de Reembolso da VIVACOM a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.**

**Parágrafo Quinto - O pagamento do reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de formulário próprio preenchido para essa finalidade juntamente com os seguintes documentos :**

**I- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela VIVACOM (Recibos e/ou Notas Fiscais);**

- II- Relatório justificando os procedimentos realizados contendo, data do atendimento, nome do Beneficiário paciente, materiais e medicamentos utilizados, assinatura e carimbo do médico assistente e, quando for o caso, o período de permanência no hospital;
- III- conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, juntamente com nota fiscal, fatura ou recibo do hospital, que deve conter no mínimo, CRM, CPF, carimbo e assinatura do médico assistente;
- IV- recibo individualizado de honorários do médico assistente auxiliares ou outros profissionais, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- V- comprovante de serviços e exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares acompanhados do pedido do médico assistente.

**Parágrafo Sexto - O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, quando perderá o direito ao reembolso.**

**Parágrafo Sétimo - A Tabela de Reembolso da VIVACOM está registrada no Cartório \_\_\_\_\_, sob nº \_\_\_\_\_, averbação nº \_\_\_\_\_, disponível na sede da VIVACOM e no seu portal [www.saudevivacom.com.br](http://www.saudevivacom.com.br). Sempre que houver alteração em referida tabela, será novamente registrada.**

**Parágrafo Oitavo - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Reembolso podem ser obtidos na sede da VIVACOM ou pelo telefone 62 3238-8686.**

**Parágrafo Nono - Eventuais créditos a serem recebidos pelo Beneficiário serão compensados com débitos para o PLANO.**

## **CAPÍTULO XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Seção I Da Rede Credenciada**

**Art. 31 - Será assegurada aos Beneficiários a prestação dos serviços médicos previstos neste Regulamento através da rede credenciada do **PLANO**, observadas as disposições contidas nesta Seção.**

**Parágrafo Primeiro - A VIVACOM dispõe de centros médicos, clínicas, ambulatorios, laboratórios, consultórios, hospitais e profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, conforme relação constante no portal da VIVACOM [www.saudevivacom.com.br](http://www.saudevivacom.com.br), para atendimento aos Beneficiários, que poderá ser realizado por meio de rede assistencial contratada junto a outras operadoras, a critério da VIVACOM, observando a regulamentação da ANS em vigor.**

**Parágrafo Segundo - Para a realização dos serviços previstos neste Regulamento, incluindo consultas, terapias, cirurgias, internações e demais procedimentos cobertos pelo PLANO, os Beneficiários deverão apresentar à VIVACOM o pedido do médico assistente para fins de autorização e direcionamento pela Operadora (indicação do prestador apto ao atendimento, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO), respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**Art. 32 – Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo**

médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **VIVACOM**.

**Art. 33 - A VIVACOM reserva-se ao direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, especialmente no que se refere à substituição de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.**

**Parágrafo Primeiro - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.**

**Parágrafo Segundo - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da VIVACOM durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a VIVACOM providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.**

**Parágrafo Terceiro - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.**

## **Seção II**

### **Do Cartão Individual de Identificação**

**Art. 34 - A VIVACOM fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, que poderá ser disponibilizado em meio físico ou virtual, conforme sistemas adotados pela VIVACOM, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Regulamento, podendo a VIVACOM adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.**

**Art. 35 - É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de exclusão do PLANO, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela VIVACOM, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a VIVACOM, a partir da exclusão do Beneficiário.**

**Parágrafo Primeiro - Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.**

**Parágrafo Segundo - O uso indevido do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela VIVACOM, por qualquer Beneficiário, ensejará, após a observância do contraditório e da ampla defesa, pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Titular, e suas consequências.**

**Parágrafo Terceiro - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.**

**Parágrafo Quarto - Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à VIVACOM, por escrito, acompanhado de declaração de**

**perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão desegunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela VIVACOM.**

### **Seção III Do Atendimento**

**Art. 36** - Para utilizar os procedimentos previstos neste Regulamento que exijam autorização prévia, o Beneficiário deve providenciá-la previamente, exceto nos casos de urgência e emergência. A autorização pode ser obtida na sede da **VIVACOM** ou pelos meios eletrônicos disponíveis.

**Parágrafo Primeiro** – As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia, inclusive solicitação do médico assistente, estão disponíveis no endereço eletrônico [www.saudevivacom.com.br](http://www.saudevivacom.com.br), podendo ser consultados por meio do telefone 62 3238-8686 ou diretamente na sede da **VIVACOM**.

**Parágrafo Segundo** – Os Beneficiários Titulares e os Dependentes comprometem-se, quando solicitados pela **VIVACOM** para dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeterem a avaliação clínica em local e horário previamente acordados.

**Parágrafo Terceiro** – Em caso de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica, conforme o caso, nos termos da regulamentação vigente, especialmente da Resolução Normativa nº 424/17 ou daquela que a substitua, inclusive quanto à composição, aos prazos, à escolha e à remuneração dos profissionais.

**Parágrafo Quarto** - Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista no parágrafo anterior observarão o disposto na regulamentação vigente.

**Parágrafo Quinto** – A **VIVACOM** responderá às solicitações de cobertura assistencial nos prazos máximos estabelecidos pela regulamentação da ANS, garantindo ao Beneficiário o acesso às informações sobre o andamento de sua solicitação pelos canais de atendimento disponíveis.

**Parágrafo Sexto** - As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias da data de liberação da autorização. Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.

**Art. 37** - A solicitação de cobertura assistencial, realizada por profissional de saúde credenciado ao PLANO ou não, terá prazo de validade de 90 (noventa) dias da data da emissão.

**Art. 36** - Ao Beneficiário é garantido 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.

**Art. 38** - Nos casos de urgência ou emergência, os Beneficiários serão atendidos independentemente de autorização prévia, nos termos da Lei nº 9.656/1998. A regularização administrativa do atendimento deverá ser providenciada pelo Beneficiário ou pelo prestador de serviços no prazo de até 3 (três) dias úteis contados do atendimento inicial,

mediante apresentação dos documentos pertinentes à **VIVACOM**, sob pena de o Beneficiário assumir a responsabilidade pelas despesas do atendimento.

#### **Seção IV Do Padrão de Acomodação**

**Art. 39** - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento.

**Parágrafo Único** - Para a internação decorrente de transtornos psiquiátricos, a internação poderá ocorrer em hospital psiquiátrico especializado ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **VIVACOM**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, **até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.**

#### **Seção V Da Coparticipação**

**Art. 40** - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular referente à utilização dos serviços cobertos, por si e por seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

**Art. 41** - Será cobrada coparticipação quando da realização dos procedimentos abaixo descritos pelos Beneficiários:

- I- 40% (quarenta por cento) do valor das consultas e exames não considerados de alta complexidade pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;**

### **CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

**Art. 42** - O **PLANO** contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa da ANS nº 543, de 2022 (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**Art. 43** - Para fazer jus aos serviços previstos neste Regulamento, a **PATROCINADORA** pagará à **VIVACOM** a mensalidade, fixada em razão da faixa etária de cada Beneficiário, conforme disposto no Anexo, não cabendo ao empregado **PATROCINADORA** e seus Dependentes nenhuma mensalidade para utilização dos serviços cobertos por este instrumento, mas tão somente coparticipação nos procedimentos na forma definida neste Regulamento.

**Parágrafo Primeiro** – As coparticipações devidas pelos Beneficiários devem ser repassadas à **VIVACOM** pela **PATROCINADORA** juntamente com as mensalidades, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente.

**Art. 44** – Excepcionalmente, os ex-empregados da **PATROCINADORA** (demitidos sem justa causa ou aposentados) que tiverem contribuído para plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a **PATROCINADORA** e optarem por permanecer no **PLANO** em razão do exercício do direito de manutenção nos termos previstos neste Regulamento, deverão pagar diretamente à **VIVACOM**, por si e por seus Dependentes mantidos no **PLANO**, as mensalidades e eventuais coparticipações até o dia 05 de cada mês.

**Art. 45** - A **VIVACOM** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante

comunicação prévia.

**Parágrafo Primeiro** - Se a PATROCINADORA ou ex-empregado não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação em até 20 (vinte) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **VIVACOM**, que enviará nova cobrança.

**Parágrafo Segundo** - A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o ex-empregado ou a PATROCINADORA de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

**Parágrafo Terceiro** - Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos ao PLANO, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito em atraso corrigido monetariamente.

**Art. 46** - Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

**Parágrafo Primeiro** - O recebimento pela **VIVACOM** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

**Parágrafo Segundo** - O pagamento dos valores devidos à **VIVACOM** referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

### **CAPÍTULO XIII DO REAJUSTE**

**Art. 47** – As mensalidades dos Beneficiários, no transcorrer da vigência do Convênio de Adesão, poderão sofrer reajuste a cada 12 (doze) meses ou na periodicidade prevista na legislação aplicável, de acordo com estudos técnicos atuariais, que levarão em conta, especialmente, mas não apenas:

- I** - variação do custo médico-hospitalar;
- II** - frequência de utilização;
- III** - custo dos procedimentos;
- IV** - inflação médica;
- V** - perfil epidemiológico;
- VI** - índice de envelhecimento da carteira de beneficiários.

**Parágrafo Primeiro** - Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao PLANO deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

**Parágrafo Segundo** - Independentemente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do plano de custeio, entendendo esta como data base única.

**Art. 48** - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

## **CAPÍTULO XIV DA FAIXA ETÁRIA**

**Art. 49 – As mensalidades relativas aos Beneficiários, previstas no Anexo, corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente, sendo fixada em função da idade do Beneficiário inscrito (Titular e Dependente), conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada faixa etária:**

| <b>Faixas etárias:</b> | <b>% de variação:</b> |
|------------------------|-----------------------|
| 0 a 18 anos de idade   | 0,00 %                |
| 19 a 23 anos de idade  | 20,00 %               |
| 24 a 28 anos de idade  | 20,83 %               |
| 29 a 33 anos de idade  | 20,69 %               |
| 34 a 38 anos de idade  | 22,86 %               |
| 39 a 43 anos de idade  | 20,93 %               |
| 44 a 48 anos de idade  | 23,08 %               |
| 49 a 53 anos de idade  | 20,31 %               |
| 54 a 58 anos de idade  | 22,08 %               |
| 59 anos e acima        | 27,23 %               |

**Parágrafo Primeiro - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:**

- I- o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;**
- II- a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;**
- III- as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.**

**Parágrafo Segundo - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, a mensalidade será alterada, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.**

**Parágrafo Terceiro - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.**

## **CAPÍTULO XV DAS REGRAS PARA INSTRUMENTO JURÍDICO DE PLANOS COLETIVOS**

**Art. 50 – O PLANO tratado neste Regulamento possibilita a oferta do direito de manutenção exclusivamente para os ex-empregados da PATROCINADORA demitidos sem justa causa ou aposentados que tenham contribuído para plano de saúde em virtude de vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA e que, porventura, façam jus ao direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, em estrito cumprimento da regulamentação da ANS, devendo o referido direito ser aferido em cada caso.**

**Art. 51 - Não terão direito à permanência de que trata esse Capítulo os empregados que não tiverem contribuído para plano de saúde durante o vínculo empregatício com a PATROCINADORA, após a perda do vínculo.**

**Parágrafo Primeiro - O direito garantido será assegurado exclusivamente se, em algum momento, o Beneficiário tenha contribuído para o plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA, sendo assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição.**

**Parágrafo Segundo - Nos planos coletivos custeados integralmente pela PATROCINADORA, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, nem o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da mensalidade do plano de saúde em relação aos Dependentes.**

### **Seção I Do Demitido**

**Art. 52 - Ao Beneficiário Titular que tiver contribuído com o pagamento de mensalidade para plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA, no caso de demissão sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com a PATROCINADORA, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.**

**Parágrafo Primeiro - O período de manutenção da condição de Beneficiário para o ex-empregado demitido será de um terço do tempo de contribuição ao plano de saúde, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.**

**Parágrafo Segundo - O Titular deve optar pela manutenção no PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca da PATROCINADORA sobre o direito da manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão sem justa causa.**

**Parágrafo Terceiro - O direito garantido nesta Seção será assegurado na exata proporção do período ou da soma dos períodos da efetiva contribuição do empregado para plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA.**

### **Seção II Do Aposentado**

**Art. 53 - Ao aposentado que tiver contribuído para plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.**

**Parágrafo Primeiro - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.**

**Parágrafo Segundo - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca da PATROCINADORA , formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.**

**Parágrafo Terceiro - Na hipótese de o empregado que se aposentar continuar trabalhando na PATROCINADORA, poderá manter-se como Beneficiário na condição de aposentado, quando vier a se desligar, desde que possua o direito de manutenção nos termos deste Capítulo.**

**Parágrafo Quarto - O direito garantido nesta Seção será assegurado na exata proporção do período ou da soma dos períodos da efetiva contribuição do empregado para plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA.**

#### **Seção IV Das Disposições Comuns**

**Art. 54 - A manutenção da condição de Beneficiário prevista neste Capítulo, desde que haja o direito, poderá ser exercida individualmente pelo Titular ou pelos dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio Titular.**

**Art. 55 - O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário.**

**Art. 56 - Em caso de óbito do ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado, é garantida a permanência no PLANO dos Dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado ou aposentado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à VIVACOM sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO.**

**Art. 57 - As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.**

**Art. 58 - A admissão do Beneficiário em novo vínculo profissional causa de extinção do direito de manutenção previsto neste Capítulo, cabendo ao ex-empregado demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à VIVACOM para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

**Art. 59- Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto neste Capítulo:**

- I- O decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo;**
- II- O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

**Art. 60 - É assegurado ao demitido sem justa causa e aposentado e a seus Dependentes vinculados ao PLANO o direito de exercer a portabilidade de carências, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.**

**Art. 61 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.**

## **CAPÍTULO XVI DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**Art. 62 Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:**

- I. Perda da qualidade de Titular, devendo observar as regras previstas no Capítulo XV - DAS REGRAS PARA INSTRUMENTO JURÍDICO DE PLANOS COLETIVOS para o caso de perda do vínculo empregatício por demissão sem justa causa ou aposentadoria;**
- II. Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- III. Atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO pelo Beneficiário, inclusive em função da inscrição dos Dependentes, ressalvados os casos de Beneficiários que efetuam o pagamento da mensalidade diretamente à VIVACOM, quando a exclusão por inadimplência será realizada diretamente pela VIVACOM, conforme regras previstas na regulamentação da ANS;**
- IV. Por solicitação do Beneficiário Titular para exclusão do Dependente.**

**Art. 63 - Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO, caberá à PATROCINADORA, obrigatória e expressamente, informar à VIVACOM:**

- I. Se o Beneficiário foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;**
- II. Se o Beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;**
- III. Se o Beneficiário demitido contribuiu para o pagamento do plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a Empresa Patrocinadora;**
- IV. Por quanto tempo o Beneficiário demitido contribuiu para o pagamento do plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a Empresa Patrocinadora;**
- V. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.**
- VI. Parágrafo Único - Somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares do PLANO mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo, acompanhada da comprovação inequívoca de que o ex-empregado foi comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 (quando aplicável).**

**Art. 64 - A VIVACOM só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:**

- I. Em caso de fraude, tentativa de fraude ao PLANO ou dolo;**
- II. Perda da qualidade de Titular;**
- III. Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- IV. Atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO pelo Beneficiário, inclusive em função da inscrição dos Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, o que gera a suspensão da cobertura, ou por prazo superior a 90 (noventa) dias, observada a regulamentação vigente aplicável, o que gera a exclusão do Beneficiário do plano de saúde.**

**Parágrafo Primeiro - Durante a suspensão da cobertura assistencial dos Beneficiários em razão da inadimplência, persistirá a obrigação do Titular pelo pagamento das mensalidades vincendas, que continuarão sendo cobradas pela VIVACOM no período enquanto os Beneficiários permanecerem vinculados ao PLANO.**

**Parágrafo Segundo - A suspensão da cobertura assistencial pela VIVACOM ao longo do período de inadimplência do Beneficiário e a exclusão do Beneficiário do PLANO por inadimplência ocorrerão mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.**

**Parágrafo Terceiro - A notificação por inadimplência será realizada pela VIVACOM pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor e 4) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do Beneficiário; ou preposto da VIVACOM, com comprovante de recebimento assinado pelo Beneficiário.**

**Parágrafo Quarto - Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do respectivo Beneficiário no banco de dados da VIVACOM, fornecidas pela PATROCINADORA ou pelo Beneficiário, cabendo a este o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.**

**Parágrafo Quinto - No processo de movimentação cadastral, a VIVACOM informará os Beneficiários excluídos por inadimplência no período.**

**Art. 65 – Quando houver dissolução da união conjugal ou estável, o fato deverá ser comunicado à VIVACOM pela PATROCINADORA ou pelo Beneficiário, quando este efetuar o pagamento da mensalidade diretamente à VIVACOM, para fins de exclusão do ex-cônjuge ou ex-companheiro do PLANO, ante a perda da elegibilidade.**

**Parágrafo primeiro - É possível a permanência do ex-cônjuge no PLANO, na condição de Beneficiário Titular, somente no caso em que também for empregado da PATROCINADORA.**

**Parágrafo Segundo – Formalizada a assunção da titularidade pelo ex-cônjuge ou ex-companheiro empregado da PATROCINADORA no prazo de 30 (trinta) dias contados da dissolução da união, fica dispensado o cumprimento de novos períodos de carência.**

**Art. 66 – A exclusão do Titular do PLANO implicará a exclusão automática de seus Dependentes, ressalvadas as hipóteses de manutenção legal ou regulamentar dos Dependentes, inclusive as previstas no Capítulo XV.**

**Art. 67 – A exclusão do Beneficiário não produz a quitação dos valores devidos ao PLANO, incluindo as coparticipações não cobradas pela VIVACOM e as parcelas de coparticipação não saldadas pelo Beneficiário, as quais serão cobradas pelos meios cabíveis.**

## **CAPÍTULO XVII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 68 – A VIVACOM disponibiliza aos Beneficiários canal de atendimento para registro de dúvidas,**

solicitações, reclamações e elogios, nos termos da regulamentação da ANS.

**Art. 69 - A VIVACOM mantém Ouvidoria própria para o tratamento de demandas não solucionadas pelos canais regulares de atendimento, nos termos da regulamentação da ANS.**

**Art. 70 - A VIVACOM não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Regulamento.**

**Parágrafo Primeiro** - Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de comum acordo com a **PATROCINADORA**.

**Parágrafo Segundo** - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**Parágrafo Terceiro - O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a VIVACOM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.**

**Parágrafo Quarto** - O encerramento da operação do plano de saúde tratado neste Regulamento se dará de acordo com o Estatuto Social da **VIVACOM**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

**Art. 71 - Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.**

**Parágrafo Único** - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 01 de Novembro de 2026.

**Art. 72** - Fica eleito o foro do domicílio da **PATROCINADORA** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**ANEXO I**  
**Plano de Custeio**

**Art. 1º** - As mensalidades para custeio do plano **VIVASAÚDE** são determinadas em função da idade do Beneficiário inscrito, consoante valores descritos a seguir:

| <b>Faixas etárias:</b>       | <b>Valores:</b>     |
|------------------------------|---------------------|
| <b>0 a 18 anos de idade</b>  | <b>R\$ 204,75</b>   |
| <b>19 a 23 anos de idade</b> | <b>R\$ 245,71</b>   |
| <b>24 a 28 anos de idade</b> | <b>R\$ 296,89</b>   |
| <b>29 a 33 anos de idade</b> | <b>R\$ 358,31</b>   |
| <b>34 a 38 anos de idade</b> | <b>R\$ 440,21</b>   |
| <b>39 a 43 anos de idade</b> | <b>R\$ 532,36</b>   |
| <b>44 a 48 anos de idade</b> | <b>R\$ 655,21</b>   |
| <b>49 a 53 anos de idade</b> | <b>R\$ 788,30</b>   |
| <b>54 a 58 anos de idade</b> | <b>R\$ 962,33</b>   |
| <b>59 anos e acima</b>       | <b>R\$ 1.224,42</b> |

**Art. 2º** - A **PATROCINADORA** assumirá, integralmente, o custeio do **PLANO**, previsto no art. 1º, em relação a cada empregado ativo e respectivos Dependentes inscritos.

**Art. 3º** - Não haverá participação financeira da **PATROCINADORA** para os ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, com respectivo grupo familiar, que forem excepcionalmente mantidos no **PLANO** em razão do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos das regras regulamentares.

**Art. 4º** - Os valores previstos no presente Anexo serão revistos anualmente, consoante regras estabelecidas no Regulamento.

**Art. 5º** - Este plano de custeio vigorará de 01 de novembro de 2026 a 31 de outubro de 2027.