

# MANUAL DE ORIENTAÇÃO

## CONTRATO - PESSOA FÍSICA



**A VIDA DA SUA EMPRESA**  
PASSA PELA SAÚDE DE SEUS FUNCIONÁRIOS.



CentroClínicoGaúcho  
Planos de Saúde Empresariais

**25**  
anos

## PREZADO CLIENTE,

É com muito prazer que agradecemos a sua confiança ao contratar o plano do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO para cuidar da sua saúde e da sua família.

Para facilitar ainda mais a utilização do plano de saúde contratado, neste ato lhe é entregue o MANUAL DE ORIENTAÇÕES e REDE DE ATENDIMENTO, como parte integrante de seu contrato, o qual descreve detalhadamente informações sobre as coberturas e exclusões, conforme preceitua a Lei 9656/98.

Este documento ficará em seu poder, assim como a proposta de adesão (contrato), para que possa consultá-lo sempre que necessário. Ainda, vale ressaltar a importância quanto à leitura e preenchimento completo da Proposta de Adesão e Manual de Orientações, no ato da contratação do plano de saúde.

Em caso de dúvidas quanto às cláusulas contratuais e/ou sobre a utilização do plano, por favor, entre em contato com nosso Serviço de Atendimento e Relacionamento ao Cliente, que estará a sua disposição durante 24 horas pelos telefones 0800 6479600 e (51) 3287.9600 ou através do site: **[www.centroclinicogaucho.com.br](http://www.centroclinicogaucho.com.br)**

# ÍNDICE

4. APRESENTAÇÃO DO CONTRATO
5. CONDIÇÕES GERAIS
15. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS
16. PLANOS AMBULATORIAIS - CONDIÇÕES GERAIS
19. CONTRATO PLANO AMBULATORIAL ESPECIAL COM ODONTOLOGIA
21. CONTRATO PLANO AMBULATORIAL ESPECIAL SEM ODONTOLOGIA
22. PLANOS HOSPITALARES – CONDIÇÕES GERAIS
25. CONTRATO PLANO HOSPITALAR GLOBAL STANDARD COM ODONTOLOGIA
27. CONTRATO PLANO HOSPITALAR GLOBAL STANDARD SEM ODONTOLOGIA
28. CONTRATO PLANO HOSPITALAR GLOBAL EXECUTIVO COM ODONTOLOGIA
30. CONTRATO PLANO HOSPITALAR GLOBAL EXECUTIVO SEM ODONTOLOGIA
32. CONTRATO PLANO PRÓPRIO ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEM ODONTOLOGIA REFERÊNCIA
33. REDE DE ATENDIMENTO
36. ESPECIALIDADES ATENDIDAS
37. UNIDADES DE ATENDIMENTO
38. REDE DE HOSPITAIS CREDENCIADOS
40. ANÁLISES CLÍNICAS
41. ORIENTAÇÕES E DEFINIÇÕES
46. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO CONTRATO PESSOA FÍSICA

Contrato de plano de saúde que entre si fazem, de um lado, CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA, registrado na ANS sob o nº 39.280-4, inscrita no CNPJ nº 00.773.639/0001-00, classificado como Medicina de Grupo, com endereço de sua sede administrativa em Porto Alegre/RS na Rua Cel. Frederico Linck, nº 25, que adiante poderá ser denominado contratado, e de outro lado, o titular e seus dependente(s) incluídos e qualificados na proposta de adesão, que passa a fazer parte integrante do presente contrato, que adiante poderá ser denominado contratante(s), tem entre si justo e acertado o CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR com cobertura conforme segmentação contratada, mediante cláusulas e condições em conformidade com a Lei nº 9656/98 e demais disposições legais.

# CONDIÇÕES GERAIS

As cláusulas e condições, a seguir descritas, aplicam-se a qualquer tipo de contrato (produto), independente, do plano de saúde contratado.

## **1 ATRIBUTOS DO CONTRATO - OBJETO DO CONTRATO**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde obedecendo aos parâmetros estabelecidos pela Lei nº 9656/98 e sua respectiva legislação suplementar, visando a Assistência Médica Ambulatorial e/ou Hospitalar com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento.

## **2 CONDIÇÕES DE ADMISSÃO - DOS BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO**

*Pessoas aptas a utilizar os serviços;*

2.1 O plano de saúde pessoa física é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

2.2 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular no plano de saúde.

2.2.1 A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

2.3. Cadastramento de beneficiários:

Para uso dos benefícios previstos neste Contrato, é indispensável o cadastramento prévio dos beneficiários titulares e dependentes junto ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO:

2.3.1 Haverá cobertura contratual ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou do seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente do cadastramento, sendo condicionadas as carências já cumpridas pelo beneficiário titular, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

2.3.2 No caso de inscrição, do recém nascido (filho natural ou adotivo) do beneficiário, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento/adoção, este ingressará no plano com as mesmas carências já cumpridas, até a data da inscrição, pelo titular;

2.3.3 No caso de inclusão de filho adotivo, até 12 anos de idade, haverá aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

## **3 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Prestação de Serviços de Assistência Médica, Odontológica e afins, de acordo com o plano de saúde contratado, e com as coberturas e segmentações do Rol de Procedimentos da ANS.

3.1 Coberturas assistenciais contratadas, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

3.2 É garantido pelo plano, consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em unidade da rede referenciada pela contratada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo:

3.3 Exames, atendimentos e procedimentos listados no "Rol de Procedimentos" da Lei 9656/98, quando solicitados/realizados por médicos/serviços próprios, contratados, ou credenciados pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, conforme plano de saúde contratado.



3.4 Cobertura de consultas/sessões com as especialidades de nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

3.5 Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.6 A cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

3.7 Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

3.8 A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica e conforme plano de saúde contratado.

3.9 É assegurado o atendimento ao beneficiário dentro da área da segmentação e da área de abrangência do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, que deverá ser realizado nas localidades de Porto Alegre, Canoas, Gravataí, Cachoeirinha, Guaíba, Alvorada, São Leopoldo e Viamão e onde mais dispuser de serviços prévios e especialmente credenciados, independentemente do local de origem do evento.

3.10 Atendimentos na especialidade de Psiquiatria nas seguintes condições:

- a) Atendimento as emergências - situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças de tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou riscos de danos morais e patrimoniais;
- b) Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecido pelo art. 22 da RN 211;
- c) Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da OMS e Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

## **4 EXCLUSÕES DE COBERTURAS-PROCEDIMENTOS**

**4.1 Excluem-se do presente contrato: Consultas ou exames não cobertos por este instrumento**

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, sendo considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou ainda, cujas indicações não constem na bula/manual registrada na ANVISA;
- b) Consultas domiciliares, bem como o fornecimento de medicamentos para tratamentos domiciliares;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como a aplicação de órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) Qualquer tipo de inseminação artificial;
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) Tratamento em clínica de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internação que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- g) Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- h) Medicamentos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- j) Qualquer atendimento em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declaradas pela autoridade competente;
- k) Cirurgias plásticas em geral (exceto as reparadoras – para planos hospitalares) para:
  - 1- correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do contrato; e/ou.
  - 2- correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que se tenha manifestado após o início da vigência do contrato, estando à cobertura sujeita à comprovação, mediante laudo anatomopatológico da lesão.
- l) Logopedia;
- m) Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- n) Fornecimento de órtese e prótese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- o) Os serviços que não constarem no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, devidamente atualizado.

4.2 O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá prestar quaisquer serviços excluídos/não coberto pelo presente contrato, mediante pagamento pelo próprio BENEFICIÁRIO ou dependente, no ato.

## **5 FAIXAS ETÁRIAS**

5.1 Haverá variações do preço em razão da faixa etária, conforme tabela de valores anexa.

5.2 Havendo alteração de faixa etária de beneficiário inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela de valores anexa, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme determina o art. 3º, incisos I e II da RN 63/03.

5.3 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

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

5.5 A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade que participa do plano a mais de 10 (dez) anos.

5.6 A variação do preço em razão da faixa etária somente irá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, razão pela qual o mesmo somente deve arcar com o valor maior no mês subsequente ao do seu aniversário.

## **6 VIGÊNCIA DO CONTRATO**

6.1 A vigência deste contrato é por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura.



## **7 PERÍODOS DE CARÊNCIA**

7.1 Os prazos de carências serão estipulados a partir do início da vigência do presente contrato para os beneficiários inscritos no seu início, e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos, sendo vinculados aos seguintes prazos:

- a) 24 horas para consulta com clínico ou pediatra, nos casos de urgência e emergência;
- b) 30 dias para consultas;
- c) 60 dias para endoscopias, ecografias, densitometria-óssea, eletro-miografia, teste ergométrico e fisioterapia;
- d) 120 dias para tomografia computadorizada, ressonância magnética, quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, hemoterapia, hemodiálise, diálise peritoneal e cintilografia;
- e) 180 dias para internações hospitalares, cirurgias em geral, odontológicas, pediátricas, e procedimentos que demandem estrutura de bloco cirúrgico;
- f) 300 dias para todas as internações obstétricas, ainda que decorrentes de urgência médico-cirúrgica.

## **8 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

8.1 Doença ou lesão preexistentes é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.

8.2 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.

8.3 Se na ocasião houver a constatação de doença e/ou lesão preexistente, será exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) de 24 meses.

8.4 O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, declaração de saúde (documento anexo a este contrato), conforme disposto na Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007 da ANS.

8.4.1 Sendo constatada pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, será oferecida Cobertura Parcial Temporária, cujo prazo será no máximo 24 meses, a contar da inclusão do beneficiário. Findado o prazo, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente;

8.5 Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.

8.5.1 Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário no preenchimento da proposta de adesão, o usuário será imediatamente comunicado pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, caso o beneficiário não concorde com a alegação, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO encaminhará a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que abrirá processo administrativo para investigação.

8.5.2 Cumprido esclarecer, que durante o período em que a ANS estiver analisando o referido processo investigatório, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO realizará.

8.5.3 Entretanto, se ao término do processo investigatório pela ANS, for constatado a omissão do beneficiário em relação às doenças ou lesões preexistentes, este deverá ressarcir, integralmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

## **9 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

9.1 Atendimento de Urgência e Emergência:

Para efeitos desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no período gestacional.

9.2 Para os casos de urgência e emergência o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.3 Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada no plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação, exceto para o plano Referência.

9.4 No plano de segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

9.5 O beneficiário terá a garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, durante processo gestacional ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos que o beneficiário estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resulte a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes. Caso isso ocorra será cessada a responsabilidade financeira do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, sendo garantida a beneficiária a remoção para o SUS (Sistema Único de Saúde).

9.5.1 Será garantido os atendimentos de urgência e emergência, limitando às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, quando efetuado no decorrer dos períodos de carência, exceto para o plano tipo Referência.

9.6 Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO dentro da abrangência geográfica contratada (Porto Alegre, Canoas, Gravataí, Cachoeirinha, Guaíba, Alvorada, São Leopoldo e Viamão), serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os locais de redes credenciadas.

9.6.1 Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO os originais dos seguintes documentos:

- a) Recibo discriminado da despesa;
- b) Relatório/atestado do médico assistente que comprove a urgência/emergência;

9.6.2 O valor a ser reembolsado nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

9.6.3 O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação anteriormente listada contado da data do evento.

9.6.4 O reembolso será utilizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados após o protocolo da documentação solicitada.

9.7 Remoção:

Nos casos comprovadamente necessários e quando indicado pelo médico assistente, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato:

- a) para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- b) para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário ainda estiver cumprindo período de carências para internação;
- c) para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como 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.

9.8 Nestes casos são aplicáveis as seguintes regras:

- a) Caberá ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente (dentro da área de abrangência estipulado em contrato) para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- b) Nos casos em que o beneficiário não estiver sendo atendido na unidade de atendimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO e que 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, a operadora desse ônus;
- c) Na remoção, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO disponibilizará 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;
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **10 EXECUÇÃO DE SERVIÇOS-MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

10.1 Os beneficiários deverão consultar com o médico assistente que irá encaminhá-lo, se necessário, para o médico especialista apropriado da rede própria ou credenciado.

10.2 É obrigatório à apresentação da Cédula de Identificação para usufruir dos atendimentos e recursos deste Contrato, acompanhados de um documento de identificação com foto, tanto nas unidades próprias, quanto nos serviços credenciados.

10.3 Os atendimentos e serviços deste Contrato serão executados pelas unidades do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, nas localidades de Alvorada, Canoas, Cachoeirinha, Gravataí, Guaíba, Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão e onde mais dispuser de serviços prévia e especialmente credenciados.

10.3.1 O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO oferecerá ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados, obedecendo as regras que disciplinam o atendimento, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consulta, exames e quaisquer

outros procedimentos em relação aos demais associados.

10.3.2 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de Relacionamento com o Cliente ou por meio da internet na página da operadora.

10.3.3 Para aqueles contratos em que há co-participação do beneficiário no momento da consulta, poderá RECONSULTAR, com o mesmo médico e/ou especialidade pela mesma patologia, sem a necessidade de efetuar novamente o pagamento, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias;

10.3.4 O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO se reserva, igualmente, o direito de modificar, extinguir ou realizar novos convênios de credenciamento de profissionais, clínicas e pronto socorros, mantendo sempre o seu alto padrão técnico e informando ao BENEFICIÁRIO.

10.3.5 Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO comunicará ao BENEFICIÁRIO contratante e a Agência Nacional de Saúde – ANS, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, garantindo assim a continuidade da internação.

10.4 Falta a consultas e exames previamente agendados:

As consultas marcadas poderão ser canceladas através do telefone da central da marcação de consultas, até às 18 horas do dia anterior a consulta;

10.4.1 A cada consulta ou exame agendado e não desmarcado, implicará na cobrança de taxa no valor de R\$ 30,00 (trinta reais) por consulta e/ou exame, o qual sofrerá reajuste anual com base no INPC;

10.4.2 Para cobrança da taxa de falta de consultas poderá ser enviado ao beneficiário um boleto exclusivo para todas as faltas realizadas no mês.

10.4.3 Em caso de falta justificada do profissional em que o beneficiário não pode ser comunicado em tempo hábil, existirá o reembolso do mesmo valor por parte do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, devendo o beneficiário solicitar junto a unidade que haveria atendimento, sendo este realizado no prazo máximo de até 15 dias.

10.5 Autorização prévia: Para realização de consultas com médico credenciado, exames, apoio diagnóstico, procedimentos especiais, tratamentos, atendimentos e demais procedimentos ambulatoriais cobertos pelo plano, faz-se necessária, após solicitação do médico assistente, a obtenção prévia de guia de autorização.

10.6 Rotina para obtenção de guia: A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou um prazo inferior, quando caracterizada urgência.

10.7 Para fins de internações hospitalares, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO emitirá guia de apresentação aos hospitais previamente credenciados, desta forma, acompanhado da requisição do médico assistente, o beneficiário, encaminhará sua solicitação de autorização em qualquer unidade de atendimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

10.7.1 Nos casos de urgência e emergência, esta guia será fornecida, pelo hospital onde o beneficiário estiver internado, mediante apresentação do comprovante de baixa e relatório do médico assistente, respeitado o limite de 48 horas úteis após o evento da baixa. Passado o prazo limite, para retirada da guia, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO se desobrigará, cabendo ao usuário satisfazer as despesas efetuadas.

10.7.2 Quando do uso indiscriminado de hospitais não credenciados previamente, sem a



indicação dos mesmos pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, ou a utilização destes em caráter particular, a responsabilidade por esta preferência ou utilização será exclusivamente do usuário, a quem caberá o devido ônus.

10.8 A definição de impasses de divergências médicas será definida por meio de junta médica.

10.9 Para as consultas agendadas através de "guia aberta", o usuário deverá ligar para central de marcação de consultas e reservar uma senha (código de encaminhamento), após, este deverá dirigir-se para unidade mais próxima no prazo máximo de 30 dias, retirar a guia de autorização e agendar diretamente com o credenciado. Esta guia terá validade de 45 dias.

## **11** **FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

11.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

11.2 A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

11.2.1 Caso o titular do plano possua menos de 18 anos, este deverá designar uma pessoa que será responsável pelo pagamento.

11.3 Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

11.4 O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

11.5 Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

11.6 O recebimento pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

11.7 Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um por cento) ao mês, e correção monetária pela variação do INPC, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

11.8 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

## **12** **REAJUSTE**

12.1 Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS, independentemente da idade.

12.2 Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.

12.3 Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

12.4 Nos casos em que houver a opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão preexistentes os percentuais de reajustes acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.

12.5 O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses,



ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

12.7 Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano contratado, com exceção dos reajustes por faixa etária.

### **13 CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

13.1 O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.

13.2 A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

13.3 O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

### **14 RESCISÃO/SUSPENSÃO**

14.1 O presente contrato pode ser rescindido pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO nas seguintes hipóteses de:

- a) fraude comprovada;
- b) não pagamento da taxa mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada doze meses de vigência do contrato, cabendo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO notificar o BENEFICIÁRIO, comprovadamente, até o quinquagésimo dia da inadimplência.

14.2 Havendo a rescisão nestas condições, o beneficiário deverá realizar o pagamento dos 02 (dois) meses referente ao aviso prévio, sendo que neste mesmo período o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO disponibilizará os serviços contratados.

14.3 O Beneficiário poderá solicitar o cancelamento do plano contratado a qualquer momento, através de solicitação por escrito encaminhada diretamente no departamento de cadastro do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

14.4 O cancelamento do plano ocorrerá em 5 (cinco) dias úteis após a solicitação, cabendo ao responsável pelo pagamento e quitação das parcelas existentes até a data da solicitação.

14.5 Poderá ainda o beneficiário solicitar o cancelamento do plano de saúde contratado imotivadamente, por desistência em até 7 (sete) dias após a assinatura do presente contrato.

### **15 DISPOSIÇÕES FINAIS**

15.1 O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO providenciará, o fornecimento das cédulas de identificação, Manual de Orientações contendo a descrição dos locais de atendimento interno e credenciado, Manual para contratação de Plano de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual - GLC.

15.2 Fazem parte do presente contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, manual para contratação de planos de saúde, guia de leitura contratual, etc.

### **16 ELEIÇÃO DE FORO**

16.1 Para dirimir as dúvidas e controvérsias resultantes deste Contrato, será competente o Foro da Comarca do CONTRATANTE. E, por assim, se acharem justas e contratadas, firmam o presente.

# CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

As cláusulas e condições, a seguir descritas, aplicam-se conforme o tipo de plano de saúde contratado. Para ter ciência, e pleno conhecimento, das características específicas do plano de saúde escolhido, é necessário observar o nome do produto adquirido e o número de seu registro.

# Planos Ambulatoriais

Registro da ANS	Nome comercial
427.016/99-9	Ambulatorial Especial com Odonto Pessoa Física
705.122/99-0	Ambulatorial Especial sem Odonto Pessoa Física

## Condições - Planos Ambulatoriais

*Além das cláusulas descritas em CONDIÇÕES GERAIS, está previsto:*

### **1** ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da lei 9656/98, visando a **Assistência Médica Ambulatorial** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

### **2** COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Prestação de Serviços de Assistência Médica e afins, de acordo com as coberturas e segmentações do Rol de Procedimentos da ANS.

2.1 É garantido pelo plano, consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em unidade da rede referenciada pela contratada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo:

2.2 Exames, atendimentos e procedimentos listados no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, quando solicitados/realizados por médicos/serviços próprios, contratados, ou credenciados pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

2.3 Cobertura dos serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, inclusive para os seguintes procedimentos considerados especiais: hemodiálise e diálise peritonial – CARPD; quimioterapia oncológica ambulatorial; radio-terapia ambulatorial (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc); procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais; hemoterapia ambulatorial; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais e demais doenças listadas na Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – CID, da organização Mundial da Saúde.

2.4 Cobertura de consultas/sessões com as especialidades de nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

2.5 Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

2.6 A cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

2.7 É assegurado o atendimento ao beneficiário dentro da área da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

2.8 Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados no ato dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

2.9 atendimentos na especialidade Psiquiatria nas seguintes condições:

a) Atendimento as emergências - situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças de tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou riscos de danos morais e patrimoniais;

b) Cobertura para transtornos psiquiátricos em situação de crise:

c) Atendimento intensivo prestado por profissional de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

2.10 Tratamento básico médico, com número ilimitado de consulta, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

2.11 Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da OMS, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

2.12 Contam-se o período de 1 (um) ano de vigência a partir da data da assinatura do presente contrato.

### **3 EXCLUSÕES DE COBERTURA**

3.1 Além das exclusões anteriormente apontadas **excluem-se** do presente contrato:

a) Internações hospitalares;

b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, sendo considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO; ou ainda, cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA;

c) Consultas domiciliares, bem como, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliares;

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como a aplicação de órteses e próteses para o mesmo fim;

e) Qualquer tipo de inseminação artificial;

f) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

g) Tratamento em clínica de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internação que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- h) Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- i) Medicamentos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- k) Qualquer atendimento em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declaradas pela autoridade competente;
- l) Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- m) Fornecimento de órtese e prótese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- n) PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional);
- o) Os serviços que não constarem no "Rol de Procedimentos" da Lei 9656/98, devidamente atualizado;
- p) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e similares;
- q) Procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- r) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- s) Quimioterapia oncologia intra-tecal ou que demande internação;
- t) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- u) Nutrição enteral ou parenteral;
- v) Embolizações e radiologia intervencionista;
- w) Tratamentos odontológicos.

3.2 O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá prestar quaisquer serviços excluídos/não coberto pelo presente contrato, mediante pagamento pelo próprio BENEFICIÁRIO, no ato.



PRODUTO Nº 427.016/99-9

## **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica e Odontológica tipo Ambulatorial Especial Com Odonto Pessoa Física**

*Segmentação: Ambulatorial com Odontologia*

### **1 ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da lei 9656/98, visando a Assistência Médica **Ambulatorial + Odontologia** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

### **2 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Para fins de cobertura incluem-se todos os dispositivos descritos nas Condições Específicas para Planos Ambulatoriais, acrescido das coberturas odontológicas.

2.1 Coberturas odontológicas nas seguintes condições:

2.1.1 Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS vigente na época da realização do evento, incluindo: cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos odontológicos de urgência e emergência, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede.

2.1.2 Os 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 Odontológicos vigentes à época do evento.

### **3 EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Além das exclusões anteriormente apontadas **excluem-se** do presente contrato:

3.1 Renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.

## **4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

---

### 4.1 DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência:

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.

III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.

IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.

V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.

VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.

VII - Incisão e drenagem de abscesso extra oral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

VIII - Incisão e drenagem de abscesso intra-oral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.

IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

4.1.1 Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

## **5 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

---

5.1 Haverá o pagamento de co-participação por parte dos beneficiários vinculados a este contrato para consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudióloga no valor de R\$40,00 (quarenta reais) cada. Para as demais especialidades médicas e/odontológicas o valor é de R\$25,00 (vinte e cinco reais) cada, conforme tabela de comercialização.

## **6 FAIXAS ETÁRIAS**

---

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS.

As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições – Planos Ambulatoriais.

PRODUTO Nº 705.122/99-1

## **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica tipo Ambulatorial Especial Sem Odonto Pessoa Física**

*Segmentação: Ambulatorial*

### **1 ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da lei 9656/98, visando a Assistência Médica **Ambulatorial** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

### **2 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Para fins de cobertura incluem-se todos os dispositivos descritos nas Condições Específicas para Planos Ambulatoriais.

### **3 EXCLUSÕES DE COBERTURA**

3.1 Além das exclusões anteriormente apontadas **excluem-se** do presente contrato: Estão excluídas da cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes.

### **4 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

4.1 Haverá o pagamento de co-participação por parte dos beneficiários vinculados a este contrato para consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudióloga no valor de R\$40,00 (quarenta reais) cada. Para as demais especialidades médicas e/odontológicas o valor é de R\$25,00 (vinte e cinco reais) cada, conforme tabela de comercialização.

### **5 FAIXAS ETÁRIAS**

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS. As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições – Planos Ambulatoriais.

## Planos Hospitalares

Registro da ANS	Nome comercial
427.018/99-5	Hospitalar Standard com Odonto Pessoa Física
427.019/99-3	Hospitalar Standard sem Odonto Pessoa Física
427.020/99-7	Hospitalar Global Executivo com Odonto Pessoa Física
417.407/99-1	Hospitalar Global Executivo sem Odonto Pessoa Física
447.490/03-2	Próprio de Assistência à Saúde sem Odonto - Referência

### *Condições - Planos Hospitalares*

*Além das cláusulas descritas em CONDIÇÕES GERAIS, está previsto:*

#### **1 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Para fins de cobertura incluem-se todos dispositivos acima descritos nas Condições Específicas para planos Ambulatoriais acrescido das coberturas do plano HOSPITALAR.

1.1 Cobertura hospitalar, conforme plano de saúde contratado, sem limite de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva, nos eventos a seguir descritos, exclusivamente através do corpo clínico e hospitais previamente credenciados e a critério do médico assistente:

- a) Internações clínicas e cirúrgicas;
- b) Internações decorrentes de emergências;
- c) Internações decorrentes de urgências;
- d) 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;
- e) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- f) Transplantes de rins e córneas, transplantes autólogos e halogênicos de medula óssea listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber, tais como: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

1.2 Coberturas das despesas de material médico hospitalar, incluindo ainda, conforme plano de saúde contratado:

- a) Internação em quarto semi-privativo, com direito a acompanhante para beneficiários menores de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- b) Utilização do centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva ou semi-intensiva, leitos especiais e toda aparelhagem necessária ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
- c) Alimentação, inclusive dietética, durante o período em que o paciente estiver internado;
- d) Serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- e) Materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
- f) Gases medicinais indispensáveis ao tratamento, enquanto o paciente permanecer internado;
- g) Remoção do paciente em ambulância, motivada por evento coberto pelo Plano de Saúde e realizada por via terrestre na área de abrangência do convênio, para unidade hospitalar do atendimento, desde que solicitado e devidamente justificado pelo médico assistente do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- h) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato;
- i) Despesas médicas com doadores vivos, até sua alta hospitalar;
- j) Transplantes de rim e córnea, incluindo as despesas com o procedimento realizado.

1.3 Despesas Médicas:

- a) Honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação, incluindo os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar (es), anestesista e instrumentador;
- b) Honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia, realizados durante a internação hospitalar;
- c) Exames laboratoriais durante o período de internação;
- d) Exames anatomopatológico, radiológicos e cintilográficos, enquanto o beneficiário estiver internado, ou em ambiente ambulatorial, desde que referentes ao tratamento coberto indispensáveis ao controle da doença e sua elucidação diagnóstica;
- e) Transfusão de sangue e seus derivados, até sua alta hospitalar;
- f) Tratamento quimioterápico, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal, hemoterapia, nutrição parenteral, ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames anestésicos ou pré-cirúrgicos, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia, hemoterapia, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção, de acordo com a prescrição médica e realizada no período de internação hospitalar.

1.4 Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de



transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.

1.4.1 Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

1.5 Contam-se o período de 1 (um) ano de vigência a partir da data de assinatura do presente contrato.

1.6 Coberturas Obstétricas:

Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

Cobertura de um acompanhante indicado pela gestante durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato.

1.6.1 Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, independente de cadastramento, sendo vedada qualquer aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo para doenças ou lesões preexistentes, desde que o titular do plano já tenha cumprido todos os prazos de carências contratuais.

PRODUTO Nº 427.018/99-5

## **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica e Odontológica tipo Hospitalar Global Standard com Odonto Pessoa Física**

*Segmentação: Ambulatorial + Odontologia + Hospitalar*

### **1 ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9656/98, visando a Assistência Médica **Ambulatorial + Odontologia + Hospitalar** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

### **2 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Para fins de cobertura incluem-se todos os dispositivos descritos nas Condições Específicas para Planos Ambulatoriais + Planos Hospitalares, acrescido das coberturas odontológicas.

2.1 Coberturas odontológicas nas seguintes condições:

2.1.1 Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS vigente na época da realização do evento, incluindo: cobertura de exame clínico, procedimentos de diagnósticos, atendimentos odontológicos de urgência e emergência, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede.

2.1.2 Os 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 Odontológicos vigentes à época do evento.

### **3 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

3.1 DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência:

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.

III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.

IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.

V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.

VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.

VII - Incisão e drenagem de abscesso extra oral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

VIII - Incisão e drenagem de abscesso intra-oral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.

IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

3.2 Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

#### **4 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

---

4.1 Haverá o pagamento de co-participação por parte dos beneficiários vinculados a este contrato para consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudióloga no valor de R\$40,00 (quarenta reais) cada. Para as demais especialidades médicas e/odontológicas o valor é de R\$25,00 (vinte e cinco reais) cada, conforme tabela de comercialização.

#### **5 FAIXAS ETÁRIAS**

---

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS.

As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições – Planos Hospitalares

PRODUTO Nº 427.019/99-3

## **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica tipo Hospitalar Global Standard sem Odonto Pessoa Física**

*Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar*

### **1 ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9656/98, visando a Assistência Médica **Ambulatorial + Hospitalar** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, vigente à época do evento.

### **2 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Para fins de cobertura incluem-se todos os dispositivos descritos nas Condições Específicas para Planos Ambulatoriais + Planos Hospitalares.

### **3 EXCLUSÕES DE COBERTURA**

3.1 Além das exclusões anteriormente apontadas **excluem-se** do presente contrato: Estão excluídas da cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes.

### **4 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

4.1 Haverá o pagamento de co-participação por parte dos beneficiários vinculados a este contrato para consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudióloga no valor de R\$40,00 (quarenta reais) cada. Para as demais especialidades médicas e/odontológicas o valor é de R\$25,00 (vinte e cinco reais) cada, conforme tabela de comercialização.

### **5 FAIXAS ETÁRIAS**

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS. As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições – Planos Hospitalares.

## PRODUTO Nº 427.020/99-7

# Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica e Odontológica tipo Hospitalar Global Executivo com Odonto Pessoa Física

*Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar + Odontologia + Executivo*

## 1 ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9656/98, visando a Assistência Médica **Ambulatorial + Hospitalar + Odonto + Executivo** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

## 2 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Para fins de cobertura incluem-se todos os dispositivos descritos nas Condições Específicas para Planos Ambulatoriais + Planos Hospitalares, acrescido das coberturas odontológicas e as específicas para este produto:

2.1 É garantido pelo plano, consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em unidade da rede referenciada pela contratada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os Hospitais Mãe de Deus e Hospital Moinhos de Vento.

a) Internação em quarto privativo, com direito a acompanhante.

2.2 Coberturas odontológicas nas seguintes condições:

2.2.1 Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS vigente na época da realização do evento, incluindo: cobertura de exame clínico, procedimentos de diagnósticos, atendimentos odontológicos de urgência e emergência, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede.

2.2.2 Os 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 Odontológicos vigentes à época do evento.



### **3 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

---

3.1 Os serviços e diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da operadora.

3.2 A definição de impasses de divergência médicas ou odontológicas será definida por meio de junta médica/odontológica.

### **4 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

---

4.1 Haverá o pagamento de co-participação por parte dos beneficiários vinculados a este contrato para consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudióloga no valor de R\$40,00 (quarenta reais) cada. Para as demais especialidades médicas e/odontológicas o valor é de R\$25,00 (vinte e cinco reais) cada, conforme tabela de comercialização.

### **5 FAIXAS ETÁRIAS**

---

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS.

As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições – Planos Hospitalares.

## PRODUTO Nº 417.407/99-1

# Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica tipo Hospitalar Global Executivo sem Odonto Pessoa Física

*Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar + Executivo*

## 1 ATRIBUTOS DO CONTRATO

---

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9656/98, visando a Assistência Médica **Ambulatorial + Hospitalar + Executivo** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

## 2 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

---

Para fins de cobertura incluem-se todos os dispositivos descritos nas Condições Específicas para Planos Ambulatoriais + Planos Hospitalares, acrescido das coberturas específicas para este produto:

2.1 É garantido pelo plano, consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em unidade da rede referenciada pela contratada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os Hospitais Mãe de Deus e Hospital Moinhos de Vento.

a) Internação em quarto privativo, com direito a acompanhante.

## 3 EXCLUSÕES DE COBERTURA

---

3.1 Além das exclusões anteriormente apontadas **excluem-se** do presente contrato:

Estão excluídas da cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes.

## 4 MECANISMO DE REGULAÇÃO

---

4.1 Os serviços e diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da operadora.

4.2 A definição de impasses de divergência médicas ou odontológicas será definida por meio de junta médica/odontológica.

## **5 MECANISMO DE REGULAÇÃO**

---

5.1 Haverá o pagamento de co-participação por parte dos beneficiários vinculados a este contrato para consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudióloga no valor de R\$40,00 (quarenta reais) cada. Para as demais especialidades médicas e/odontológicas o valor é de R\$25,00 (vinte e cinco reais) cada, conforme tabela de comercialização.

## **6 FAIXAS ETÁRIAS**

---

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS.

As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições –Planos Hospitalares.

PRODUTO Nº 447.490/03-2

## **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica tipo Próprio de Assistência à Saúde sem Odonto REFERÊNCIA**

*Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia*

### **1 ATRIBUTOS DO CONTRATO**

---

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9656/98, visando a Assistência Médica Hospitalar - **REFERÊNCIA** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

### **2 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

---

Além das demais cláusulas descritas nas Condições Gerais incluíssem as específicas para este produto:

2.1 O plano referência garantirá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para os casos de urgência e emergência.

### **3 FAIXAS ETÁRIAS**

---

As faixas etárias estão descritas nas variações apontadas nas CONDIÇÕES GERAIS.

As demais disposições contratuais deverão ser observadas nas Condições Gerais e nas Condições –Planos Hospitalares.

# REDE DE ATENDIMENTO

Em consonância com a Lei 9656/98 e demais disposições legais.



### ■ Alvorada

Unidade Alvorada  
Rua Bandeirantes, 52  
Fone: (51) 3483-5625  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

### ■ Cachoeirinha

Unidade Cachoeirinha  
Av. Lídio Batista Soares, 57  
Fone: (51) 3441-9000  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 7h30 às 19h.

### ■ Canoas

Central de Odontologia e Fisioterapia  
Rua Argentina, 171  
Fone: (51) 3477-6111  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 7h30 às 20h.

Unidade Canoas  
Av. Boqueirão, 33  
Fone: (51) 3462-9200  
Diariamente, inclusive finais de semana  
das 7h às 22h. Após este horário,  
atendimento é realizado no Hospital Nossa  
Senhora das Graças, no setor de convênios.

### ■ Gravataí

Unidade Gravataí  
Av. José Loureiro da Silva, 1843  
Fone: (51) 3484-8400  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 7h30 às 21h.  
Urgências e emergências: de segunda a sexta-  
feira, após as 21h e sábados, domingos e  
feriados, o atendimento é realizado no Hospital  
Dom João Becker.

Central de Odontologia  
Rua Dr. Luis Bastos do Prado, 1867  
Fone: (51) 3488-4933  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

### ■ Guaíba

Unidade de Guaíba  
Rua 20 de Setembro, 370  
Fone: (51) 3491-2999  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 21h.  
Sábados, das 8h às 18h e domingos  
das 10h às 18h.

### ■ Porto Alegre

Centro Administrativo  
Rua Cel. Frederico Linck, 25  
Fone: (51) 3287-9200  
Horário de atendimento:  
De segunda a quinta-feira, das 8h às 18h.  
Sexta-feira, das 8h às 17h.

Unidade Zona Norte  
Av. do Forte, 171  
Fone: (51) 3349-6400  
Unidade 24h.

Central de Odontologia  
Praça 15 de Novembro, 16/2o e 6o andar  
Fone: (51) 3226.6106  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 7h30 às 20h.

Odontologia de Urgência/Emergência  
Odontocenter  
Rua Venâncio Aires, 1185 - Bairro Bom Fim  
Fone: (51) 3332.9300  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, somente turno da noite, das 20h às 7h. Finais de semana e feriados: 24h. O prestador fará contato com o SOS para obter a senha de autorização e posteriormente receberá a guia emitida pelo e-mail.

Central de Fisioterapia  
Av. São Pedro, 1327  
Fone: (51) 3343-0630  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 19h.

Central de Especialidades  
Av. Alberto Bins, 391  
Fone: (51) 3254-2200  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 19h.

Central de Diagnósticos e Medicina Ocupacional  
Av. Alberto Bins, 799  
Fone: (51) 3226-3646  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

Unidade de Saúde Mental  
Av. Pinto Bandeira, 368/3o andar  
Fones: (51) 3228-7871 e 3226-8178  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 19h.

Clínica da Mulher  
Av. Cristóvão Colombo, 542  
Fone: (51) 3227-1022  
Horário de atendimento:  
Segunda à quinta-feira, das 8h às 19h e sexta-feira, das 8h às 17h

Sede Laboratório Marques D'Almeida  
Rua Álvaro Chaves, 589  
Fone: (51) 3214-5600  
Horário de atendimento:  
Das 7h às 16h.

### ■ São Leopoldo

Unidade São Leopoldo  
Rua João Alberto, 313  
Esq. Teodomiro Porto da Fonseca  
Fone: (51) 3579-4600  
Unidade 24h.  
Odontologia: de segunda a sexta-feira das 7h30 às 20h.

### ■ Viamão

Unidade de Viamão  
Rua Reverendo Américo Vespúcio Cabral, 96  
Fone: (51) 3434-3505  
Horário de atendimento:  
De segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.  
Urgências e emergências: de segunda a sexta-feira (após as 18h) e aos sábados, domingos e feriados, o atendimento é realizado no Hospital Viamão.

## Especialidades atendidas

Acupuntura	Mastologia
Alergologia	Medicina Nuclear
Anestesiologia	Nefrologia
Angiologia	Neurocirurgia
Cardiologia	Neonatologia
Cardiologia Pediátrica	Neurologia
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	Neuropediatria
Cirurgia Cardiovascular	Nutrição
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Odontologia
Cirurgia de Mão	Obstetrícia
Cirurgia do Aparelho Digestivo	Oftalmologia
Cirurgia Geral	Oncologia
Cirurgia Pediátrica	Ortopedia
Cirurgia Plástica	Otorrinolaringologia
Cirurgia Torácica	Pediatria
Cirurgia Vascular	Periodontia
Clínica Médica	Pneumologia
Dermatologia	Proctologia
Endocrinologia	Psicologia
Endodontia	Psiquiatria
Fisioterapia	Reumatologia
Fonoaudiologia	Traumatologia
Gastroenterologia	Urologia
Geriatría	
Ginecologia	
Hematologia	
Homeopatia	
Infectologia	

**Obs.:** As especialidades atendidas estão distribuídas nos diversos Ambulatórios do Centro Clínico Gaúcho e nos serviços credenciados.

UNIDADE DE ATENDIMENTO	PRONTO ATENDIMENTO		ESPECIALIDADES	PLANTÃO 24H	ODONTOLOGIA
	CLÍNICO	PEDIÁTRICO			
<b>ALVORADA</b>					
Unidade Alvorada	●		●		●
<b>CACHOEIRINHA</b>					
Unidade Cachoeirinha	●		●		●
Unidade de Análises Clínicas					
<b>CANOAS</b>					
Unidade Canoas	●	●	●		
Central de Odontologia e Fisioterapia					●
<b>GRAVATAÍ</b>					
Unidade Gravataí	●		●		
Central de Odontologia					●
<b>GUAÍBA</b>					
Unidade Guaíba	●		●		●
<b>PORTO ALEGRE</b>					
Centro Administrativo					
Central de Especialidades	●		●		
Central de Diagnósticos			●		
Clínica da Mulher			●		
Unidade Zona Norte	●	●	●	●	
Central de Odontologia					●
Central de Fisioterapia			●		
Unidade de Saúde Mental			●		
Laboratório Marques D'Almeida					
<b>SÃO LEOPOLDO</b>					
Central de Especialidades	●	●	●	●	
Central de Odontologia					●
<b>VIAMÃO</b>					
Unidade Viamão	●		●		●

CANOAS - Urgência e emergência: diariamente, inclusive finais de semana e feriados, das 7h às 23h, após este horário o atendimento é realizado no Hospital Nossa Senhora das Graças, no setor de convênios.

GRAVATAÍ - Urgência e emergência: de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 21h. Após este horário, o atendimento é realizado no Hospital Dom João Becker, no setor de convênios.

VIAMÃO - Urgência e emergência: de segunda a sexta-feira, das 8h às 19h. Após este horário, o atendimento é realizado no Hospital de Viamão, no setor de convênios.

# Rede de hospitais credenciados

*Atendem internações (Planos Globais), e Prontoatendimento na forma disposta na página 43 (Atendimento de urgência e emergência).*

## ■ Canoas

Hospital Universitário Canoas  
Rua Farroupilha, 8001  
B. São José - Canoas/RS  
Fone: (51) 3464-9600

Hospital Nossa Sr<sup>a</sup> das Graças  
Av. Santos Ferreira, 1864 – Canoas /RS  
Fone: (51) 2102-1000

## ■ Gravataí

Hospital Dom João Becker  
Av. José Loureiro da Silva, 1561  
Gravataí/RS  
Fone: (51) 3043-1515

## ■ Novo Hamburgo

Hospital Regina  
Rua Dr. Maurício Cardoso, 711  
Novo Hamburgo/RS  
Fone: (51) 3594-6666 / (51) 3553-8800

## ■ Porto Alegre

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Rua Ramiro Barcelos, 2350  
Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 2101-8000

Irmandade Santa Casa de Misericórdia  
de Porto Alegre  
Rua Annes Dias, 285 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3214-8000

Hospital Beneficência Portuguesa  
Av. Independência, 270 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3023-9000

Hospital Banco de Olhos  
Rua Walter Boehl, 285  
Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3018-3100

Hospital Divina Providência  
Rua da Gruta, 145 – Porto Alegre/RS  
Fone (51) 3320-6000

Hospital Ernesto Dornelles  
Av. Ipiranga, 1801 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3217-2002

Instituto de Cardiologia  
Av. Princesa Isabel, 395 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3230-3600 / (51) 3230-3623

Hospital Moinhos de Vento (Plano Executivo)  
Rua Ramiro Barcelos, 910 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3314-3434



Hospital Mãe de Deus (Plano Executivo)  
Rua José de Alencar, 286 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3230-2000

Hospital São Lucas da PUC  
Av. Ipiranga, 6690 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3320-3000

Hospital Parque Belém  
Av. Oscar Pereira, 8300 – Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3318-4555

Hospital Sanatório São José  
Av. Professor Oscar Pereira, 4821  
Porto Alegre/RS  
Fone: (51) 3318-5222 / (51) 3318-5161

#### ■ **São Leopoldo**

Hospital Centenário  
Av. Teodomiro Porto da Fonseca, 799  
São Leopoldo/RS  
Fone: (51) 3590-1111

#### ■ **Viamão**

Hospital de Caridade de Viamão  
Rua Isabel Bastos, 138 – Viamão/RS  
Fone: (51) 3485-4700

# Análises clínicas

## ■ Matriz

Rua Álvaro Chaves, 589 – Porto Alegre – Fone: (51) 3314-5600

Horário: segunda a sexta-feira, das 7h às 16h.

As filiais do Laboratório Marques D’Almeida encontram-se localizadas nas Unidades do Centro Clínico Gaúcho, conforme descritas abaixo:

## ■ Unidade Alvorada

Fone: (51) 3442-5109

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 16h30.

## ■ Unidade Canoas

Fone: (51) 3462-9200

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 07h às 18h.

Sábados: das 7h30 às 12h.

## ■ Unidade Cachoeirinha

Fone: (51) 3471-1102

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 17h.

Sábados: das 7h30 às 12h.

## ■ Unidade Guaíba

Fone: (51) 3491-2999

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 13h.

## ■ Unidade Gravataí

Fones: (51) 3488-4933

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 16h30.

## ■ Unidade Viamão

Fone: (51) 3434-3505

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 13h.

## ■ Unidade Centro – Porto Alegre

Fone: (51) 3395-3155

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 17h.

Sábados: das 7h30 às 12h.

## ■ Unidade Zona Norte – Porto Alegre

Fone: (51) 3349-6400

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 17h.

Sábados: das 7h30 às 12h.

## ■ Unidade São Leopoldo

Fone: (51) 3579-4600

Horário: segunda a sexta-feira,  
das 7h às 17h30.

Sábados: das 7h30 às 12h.



# ORIENTAÇÕES E DEFINIÇÕES

Em consonância com a Lei 9656/98 e demais disposições legais.

**USUÁRIO TITULAR:**

Pessoa que contrata o plano de saúde, na qual é responsável pelos pagamentos das mensalidades e declarações constantes na proposta de admissão, inclusive as de seus dependentes agregados.

**USUÁRIO DEPENDENTE:**

Os dependentes devem ser vinculados ao usuário titular, independentemente do vínculo familiar.

**COBERTURAS/GARANTIAS:**

É colocada à disposição do usuário a escolha da cobertura que melhor atenderá as suas necessidades, dentro dos parâmetros de cada contrato.

**ACIDENTE PESSOAL:**

Evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador da lesão física, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente definidas, que seja necessária a internação hospitalar do usuário ou seu tratamento em nível ambulatorial.

**AGRAVO:**

Acréscimo aplicado ao valor da mensalidade do proponente e/ou seus dependentes no momento em que o usuário titular solicitar expressamente.

O agravo objetiva conceder a cobertura para determinado problema relacionado com a saúde, doença ou lesão, mencionados na declaração de saúde como preexiste, ou assim diagnosticada em exame médico para avaliação do risco.

**CARÊNCIA:**

É o período em que o consumidor não tem direito à determinadas coberturas após a contratação do plano.

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT:**

É a estipulação contratual que permite a suspensão temporária da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em leitos de alta tecnologia, de procedimentos de alta complexidade (não integrados à rotina), para determinadas doenças e lesões preexistentes, no prazo máximo de 24 meses da data de inclusão do plano.

**DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTE:**

A CPT é aplicada quando o beneficiário possuir doenças e/ou lesões já existentes antes da contratação do plano de saúde. Esse tratamento, não será coberto pelo plano, durante o período de 24 meses, a contar da inclusão.

Neste período, NÃO haverá cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente às doenças ou lesões preexistentes.

É importante esclarecer, que a omissão da doença ou da lesão preexistente poderá ser considerada como comportamento fraudulento, estando sujeito à abertura de processo junto a Agência Nacional de Saúde – ANS.

#### **DECLARAÇÃO DE SAÚDE:**

Documento formal e legal, que passa a fazer parte integrante do contrato, podendo ser preenchido sob orientação médica, caso o usuário assim desejar, e assinado por ele, onde são informadas as condições de saúde dos titulares, dependentes, em especial no que se refere a doenças ou lesões preexistentes, cujos sintomas sejam conhecidos até a data da assinatura desta proposta. A omissão destas informações caracteriza fraude e conseqüentemente o cancelamento do Plano de Saúde.

#### **DATA-BASE:**

É a data de início da vigência de contrato e servirá como base para os reajustes anuais.

#### **INTERNAÇÕES HOSPITALARES:**

Quando o plano possuir cobertura Hospitalar, tanto para nos casos eletivos quanto nos casos de urgência/emergência, após o atendimento em um dos ambulatórios do Centro Clínico Gaúcho, o usuário será encaminhado, mediante Guia de Internação Hospitalar, a um dos hospitais da rede credenciada (emergência) e obter a internação. Porém, o usuário (ou familiar) terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas úteis para retirar a Guia de Internação no Centro Clínico Gaúcho. Nestes casos, os médicos devem ser credenciados do Centro Clínico Gaúcho.

#### **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:**

Emitido pelo Centro Clínico Gaúcho para cada usuário. Este tem como finalidade, identificá-lo quando houver necessidade de obter qualquer tipo de atendimento. A prestação desse cartão, acompanhado de um documento de identificação pessoal com foto, é obrigatória para que o usuário tenha acesso aos serviços contratados junto ao Centro Clínico Gaúcho.

#### **DEPARTAMENTO DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE - RCC:**

Em caso de dúvida se necessitar de maiores informações, entre em contato com o Departamento de Relacionamento com o Cliente, que estará a sua disposição durante 24 (vinte e quatro) horas pelos telefones (51) 3287.9600 ou 0800.647.9600. O contato também pode ser feito através do site: [www.centroclinicogaucho.com.br](http://www.centroclinicogaucho.com.br).



# Esclarecimentos

## CONSULTAS

- Apresente seu Cartão do Convênio no balcão de atendimento, acompanhado de um documento de identificação com foto.

## MARCAÇÃO DE CONSULTAS

- Marque sua consulta pelo fone (51) 3287-9222, de segunda a sexta-feira, das 7h às 20h Sábados, das 8h às 14h. Ou através da internet, no site [www.centroclinicogaucho.com.br](http://www.centroclinicogaucho.com.br), que está a disposição 24 horas por dia.
- É importante ressaltar que antes de consultar com um médico especialista o paciente deverá passar pela avaliação de um clínico geral. Este profissional ficará responsável em encaminhar o protocolo para a marcação da consulta com especialista.
- As consultas pediátricas e com clínico geral podem ser realizadas com agendamento prévio ou através do prontoatendimento (urgências e emergências), para maior conforto do usuário. As consultas com especialistas devem ser agendadas pela Central de Marcação de Consultas ou site.
- A fim de facilitar o atendimento, tenha em mãos seu cartão do Centro Clínico Gaúcho e o crédito de marcação fornecido pelo clínico geral. O crédito de marcação não é necessário para as seguintes especialidades: Odontologia (1 horário) e Ginecologia.
- O agendamento de consultas para as especialidades de **Acupuntura, Alergologia, Hematologia e Homeopatia** deve ser feito através de direcionamento de um médico do Centro Clínico Gaúcho, que encaminhará o paciente com requisição às centrais de autorização localizadas nas unidades de atendimento da operadora.
- Para consultas com a especialidade de **Oftalmologia** é necessário guia de autorização para agendamento, sendo emitida diretamente nas centrais de autorização de cada unidade de atendimento do Centro Clínico Gaúcho, sem necessidade de código de liberação.

- Marque sua consulta com antecedência e chegue ao local antes da hora marcada.

## MARCAÇÃO DE EXAMES

- Caso médico lhe solicite exames, dirija-se ao balcão de atendimento da Central de Autorizações ou às recepções para receber as informações necessárias ao encaminhamento de seus exames.

## **REALIZAÇÃO DE EXAMES**

- É obrigatória a apresentação da autorização do exame, da requisição do médico, do cartão do convênio e de um documento com foto.
- Após receber os resultados, é necessário marcar nova consulta.  
Obs.: os exames realizados em outros locais e em outras datas também contribuem, e muito, para o diagnóstico. Procure trazê-los.

## **ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- Procure uma das Unidades no horário diurno e Unidades 24 horas do Centro Clínico Gaúcho relacionadas neste manual.
- Sendo que unicamente nos casos de não ser possível deslocar-se até as mesmas, em razão exclusivamente de urgência/emergência (emergência entende-se como atendimento aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente e urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional), podem ser procurados os hospitais credenciados que mantêm prontoatendimento.
- Não poderá haver uso indiscriminado dos Hospitais, quer a nível particular, quer para consultas eletivas e/ou casos não caracterizados como urgência/emergência (acima descritos), ou serviços que não tenham cobertura contratual.

## **ATRASOS**

- Seja pontual. A tolerância aos atrasos é de 5 minutos nas consultas médicas e exames é de 10 minutos nas consultas odontológicas.

## **CANCELAMENTO DE CONSULTAS**

- Tente não faltar. Consulta marcada e não cancelada implica na cobrança de uma taxa.  
Se você realmente necessita, desmarque a consulta por telefone, de segunda a sexta-feira, até às 18h do dia anterior e, sábados, até as 14h, ou pelo site.

## Anotações

A series of horizontal lines for taking notes, alternating between dark and light gray. The lines are arranged in a repeating pattern of two dark gray lines followed by one light gray line, creating a guide for writing.

## Anotações

A series of horizontal lines for taking notes, alternating between light and dark gray. The lines are arranged in a repeating pattern of two lines per row, with a total of 20 rows. The first line of each row is a darker gray, and the second line is a lighter gray.

# Declaração de Recebimento Contrato Pessoa Física

Eu \_\_\_\_\_ portador do CPF nº \_\_\_\_\_, Declaro para os devidos fins, que recebi neste ato, por parte do representante do Centro Clínico Gaúcho, todas as informações correspondentes ao Plano de Saúde, assim como, o Manual de Orientações e seus anexos, para contratação de plano de saúde, o qual foi integralmente lido e aceito por mim, sem qualquer tipo de restrição ao seu conteúdo, o que confirmo com minha assinatura no final da presente declaração.

Declaro ainda, que me foi oferecido o PLANO REFERÊNCIA, sendo que, optei pela segmentação ora contratada.

**Número da Proposta**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Beneficiário  
CONTRATANTE**



ANS - nº 39.280-4



**Centro Clínico Gaúcho**  
Planos de Saúde Empresariais

Rua Cel. Frederico Linck, 25  
Porto Alegre - RS  
Fone: (51) 3287.9200  
[www.centroclinicogauchobr](http://www.centroclinicogauchobr)