

ANEXO I

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

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

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

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

- a) **ESPÉCIE DE APÓLICE E/OU PLANO** – Contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- b) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos, registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- c) **SUB-ESTIPULANTE** – Associação dos Servidores da Justiça Eleitoral do Rio Grande do Norte;
- d) **OPERADORA PRINCIPAL** – Sul América Companhia de Seguro Saúde, registro ANS 006246;
- e) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 1º de setembro de 2016 a 31 de agosto de 2017;
- f) **QUANTIDADE DE VIDAS** – Número mínimo de vidas para a abertura da entidade – 31 vidas.
- g) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- h) **ABRANGÊNCIA** – Nacional;
- i) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Planos Referência, Exato-Enfermaria, Exato-Apartamento, Especial 100 e Executivo, conforme os padrões e registros abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	PLANOS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	REGISTRO NA ANS	COPARTICIPAÇÃO
Referência Adesão Trad. 10 REF QC	Referência	Quarto Coletivo	466.057/11-9	Não
Exato Adesão Trad. 15 F AHO QC	Exato-Enfermaria	Quarto Coletivo	473.959/15-1	Não
Exato Adesão Trad. 15 F AHO QP	Exato-Apartamento	Apartamento	473.960/15-4	Não
Especial 100 Adesão Trad. 15 F AHO QP	Especial 100 R.1	Apartamento	473.958/15-2	Não
	Especial 100 R.2			
	Especial 100 R.3			
Executivo Adesão Trad. 15 F AHO QP	Executivo R.1	Apartamento	473.955/15-8	Não
	Executivo R.2			
	Executivo R.3			
Exato Adesão Trad. 15 F AHO QC COP	Exato-Enfermaria	Quarto Coletivo	473.988/15-4	Sim
Exato Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Exato-Apartamento	Apartamento	473.990/15-6	Sim
Especial 100 Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Especial 100 R.1	Apartamento	473.998/15-1	Sim
	Especial 100 R.2			
	Especial 100 R.3			
Executivo Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Executivo R.1	Apartamento	474.003/15-3	Sim
	Executivo R.2			
	Executivo R.3			



- i.1) a Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;
- i.2) as Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SulAmérica Saúde.
- j) **COBERTURA** – O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. **Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento,** para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, respeitado os múltiplos de reembolso conforme o plano contratado.
- k) **REEMBOLSO OU PAGAMENTO DE DESPESAS** – Serão reembolsadas ao Beneficiário, de acordo com os limites do plano contratado, ou efetuado o pagamento, por conta e ordem deste, diretamente à rede referenciada, as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares;
- k.1 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:**
- k.1.1** Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde.
- k.1.2** Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado..
- k.1.3** Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.
- k.1.3.1** O valor da USR de reembolso será reajustado considerando exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares da carteira de contratos da SulAmérica Saúde, respeitando o critério constante da resolução CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, a qual, diz que o reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado com profissionais e instituições não referenciadas não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.
- k.2** O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

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

*Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

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

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

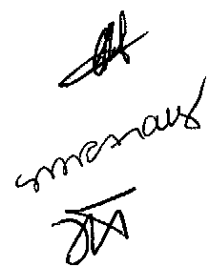


Tabela de Múltiplos de Reembolso

PLANOS	SEGURADO NÃO INTERNADO		SEGURADO INTERNADO		
	Consultas Médicas	Diagnose/ Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
Referência	1,10	0,60	0,60	0,60	0,60
Exato-Enfermaria	1,10	0,60	0,60	0,60	0,60
Exato-Apartamento	1,10	0,60	1,20	0,60	0,60
Especial 100 R.1	2,90	1,00	2,00	1,00	1,00
Especial 100 R.2	3,40	1,00	3,60	1,00	1,00
Especial 100 R.3	5,10	3,00	5,30	1,00	3,00
Executivo R.1	6,50	3,00	4,00	4,00	3,00
Executivo R.2	8,00	3,00	8,00	4,00	3,00
Executivo R.3	11,00	4,00	9,50	4,00	4,00

*SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

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

m) **ELEGIBILIDADE**

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

a. **Titular:**

Exclusivamente os servidores do Tribunal Regional Eleitoral do Rio Grande do Norte que estejam devidamente vinculados junto a Associação dos Servidores da Justiça Eleitoral do Rio Grande do Norte - ASSEJERN

b. **Dependentes:**

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

CLÁUSULA SEGUNDA – PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

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

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

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

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

a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

Handwritten signature and initials

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

2.4.1 O reajuste por mudança de faixa etária para os contratos firmados sob a vigência do presente Aditivo, será realizados nos moldes da tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAIS (TODOS OS PLANOS)
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	37,72%
24 a 28 anos	8,62%
29 a 33 anos	18,66%
34 a 38 anos	9,10%
39 a 43 anos	10,69%
44 a 48 anos	14,27%
49 a 53 anos	22,99%
54 a 58 anos	24,51%
59 anos ou +	59,95%

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

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

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

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

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

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

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

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

caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA – REAJUSTES CONTRATUAIS

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

3.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do prêmio mensal será reajustado anualmente **no aniversário da Apólice Mestra Estipulada pela Extramed(setembro), independente da data de início individual de cada segurado**, com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares-VCMH, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro. Esta variação é calculada pela Seguradora conforme normas da ANS e devidamente auditado por empresa de auditoria independente.

3.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

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

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

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

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

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

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

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

Na qual:

PN= Prêmio Novo

PN = PA x ISPPA PA= Prêmio Atual

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

0,70= Índice Máximo de Sinistralidade

3.2.7 O valor do prêmio recalculado por força do que dispõe o “captu” e na formula estabelecida pelo item 3.2.6, será devido a partir da mensalidade com vencimento em 30 de agosto, referente ao período de cobertura setembro.

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

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

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

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

4.1 O período de vigência da Apólice e/ou Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os Beneficiários vinculados à SUB-ESTIPULANTE, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão da SUB-ESTIPULANTE. A renovação da Apólice e/ou Plano será automática, caso não haja desistência da ESTIPULANTE com antecedência mínima de 60 (sessenta) ao término da vigência, ou o cancelamento da Apólice e/ou Plano pela OPERADORA PRINCIPAL, com a mesma antecedência.

4.2 No caso de inclusão de novos Beneficiários, em data que não seja coincidente com a data de renovação da Apólice e/ou Plano, a Apólice e/ou Plano terá, no primeiro ano, vigência inferior a 12 (doze) meses.

4.3 As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do primeiro dia do mês posterior ao mês de pagamento da primeira contraprestação mensal, após a aceitação da Proposta de Adesão pela OPERADORA PRINCIPAL.

4.4 Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de renovação da vigência da Apólice e/ou Plano.

CLÁUSULA QUINTA – CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1 Cancelamento pelo Beneficiário

O Beneficiário poderá requerer o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, bastando que não tenha débitos com a ADMINISTRADORA e envie pedido formal até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao cancelamento, para efeito a partir do primeiro dia do mês subsequente. O Beneficiário Titular deverá entregar à ADMINISTRADORA as carteiras de identificação do Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes. O cancelamento não será efetivado sem a devolução das carteiras de identificação e as contraprestações continuarão sendo devidas. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

5.2 Cancelamento pela ADMINISTRADORA

A ADMINISTRADORA poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o Beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas, observadas as disposições previstas na Cláusula Segunda. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

5.3 Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL

A OPERADORA PRINCIPAL poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

- a) quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão-Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação à Apólice e/ou Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou
- b) quando forem identificadas pela **OPERADORA PRINCIPAL** infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.4 A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **ADMINISTRADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de renovação da Apólice e/ou Plano.

5.5 A **ADMINISTRADORA** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **OPERADORA PRINCIPAL** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de renovação da Apólice e/ou Plano.

5.6 A rescisão imotivada da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL** e/ou pela **ADMINISTRADORA**, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

5.7 O Beneficiário Titular poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) término do vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, que se obriga a reportar essa ocorrência, e (ii) prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.8 O Beneficiário Dependente poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) perda da condição de dependência definida nas condições gerais da Apólice e/ou Plano e (ii) exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação à Apólice e/ou Plano.

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

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

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

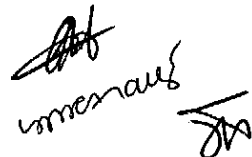
6.1.1 O Segurado será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em Rede Referenciada, Reembolsos e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – CARÊNCIA

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

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



Página 7 de 10

7.2 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

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

b) Grupo de carência 1:

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

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, "tilt tests" e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

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

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

e) Grupo de carência 4:

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

f) Grupo de carência 5:

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

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

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

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

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



CLÁUSULA OITAVA – TABELA COMERCIAL

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

TABELA DE VALORES EXTRAMED – RIO GRANDE DO NORTE – SEM COPARTICIPAÇÃO									
Faixa Etária	Referência*	Exato Enfermaria*	Exato Apartamento*	Especial 100 R.1*	Especial 100 R.2*	Especial 100 R.3*	Executivo R.1*	Executivo R.2*	Executivo R.3*
00-18	285,91	224,80	245,65	326,64	341,21	393,96	654,04	784,46	858,82
19-23	393,75	309,59	338,31	449,85	469,92	542,57	900,76	1.080,37	1.182,77
24-28	427,69	336,28	367,46	488,63	510,43	589,34	978,40	1.173,49	1.284,72
29-33	507,50	399,04	436,03	579,81	605,68	699,31	1.160,97	1.392,47	1.524,45
34-38	553,68	435,35	475,72	632,57	660,79	762,94	1.266,62	1.519,18	1.663,18
39-43	612,87	481,88	526,57	700,19	731,43	844,50	1.402,02	1.681,58	1.840,98
44-48	700,32	550,65	601,71	800,11	835,81	965,00	1.602,09	1.921,55	2.103,69
49-53	861,32	673,72	740,04	984,05	1.027,96	1.186,87	1.970,41	2.363,31	2.587,33
54-58	1.072,43	843,24	921,41	1.225,24	1.279,91	1.477,77	2.453,35	2.942,56	3.221,48
59 ou +	1.715,31	1.348,71	1.473,75	1.959,71	2.047,15	2.363,62	3.924,02	4.706,48	5.152,59

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



CLÁUSULA NONA – PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO COM COPARTICIPAÇÃO

9.1 A ADMINISTRADORA, disponibilizará a partir da vigência do presente instrumento, contratos com Coparticipação, no qual parte da despesa assistencial é arcada pelo Segurado Titular diretamente no boleto de cobrança da mensalidade, após a realização do procedimento. Nos casos de reembolso, os valores serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

9.2 As contraprestações mensais individuais para Planos Coletivos por Adesão com coparticipação, de acordo com a faixa etária dos Segurados, serão as seguintes:

TABELA DE VALORES EXTRAMED – RIO GRANDE DO NORTE – COM COPARTICIPAÇÃO								
Faixa Etária	Exato Enfermaria*	Exato Apartamento*	Especial 100 R.1*	Especial 100 R.2*	Especial 100 R.3*	Executivo R.1*	Executivo R.2*	Executivo R.3*
00-18	191,08	208,81	277,65	290,03	334,87	555,94	666,79	730,00
19-23	263,16	287,57	382,38	399,42	461,18	765,64	918,31	1.005,35
24-28	285,84	312,36	415,34	433,86	500,93	831,64	997,46	1.092,01
29-33	339,18	370,64	492,84	514,81	594,41	986,83	1.183,58	1.295,78
34-38	370,04	404,37	537,69	561,66	648,50	1.076,64	1.291,29	1.413,69
39-43	409,59	447,59	595,17	621,71	717,82	1.191,73	1.429,33	1.564,82
44-48	468,04	511,47	680,11	710,43	820,26	1.361,79	1.633,29	1.788,11
49-53	575,65	629,05	836,46	873,76	1.008,84	1.674,87	2.008,79	2.199,20
54-58	716,74	783,24	1.041,47	1.087,92	1.256,11	2.085,38	2.501,13	2.738,23
59 ou +	1.146,39	1.252,75	1.665,78	1.740,09	2.009,08	3.335,46	4.000,44	4.379,66

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

mesas



9.3 Os valores de Coparticipação serão os a seguir discriminados:

TABELA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO								
PROCEDIMENTO	Exato Enfermaria*	Exato Apartamento*	Especial 100 R.1*	Especial 100 R.2*	Especial 100 R.3*	Executivo R.1*	Executivo R.2*	Executivo R.3*
CONSULTA ELETIVA	25,00	25,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
PS	50,00	50,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
EXAMES SIMPLES	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
EXAMES COMPLEXOS	25,00	25,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
FISIOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
FONOAUDIOLOGIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
DEMAIS PROCEDIMENTOS	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
PSICOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
INTERNAÇÕES	250,00	250,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

CLÁUSULA DÉCIMA – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

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

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

OPÇÕES DE TRANSFERÊNCIA PARA PLANOS IMEDIATAMENTE SUPERIOR	
De:	Para:
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento
Exato Apartamento	Especial 100
Especial 100	Executivo

10.3 Não será permitida a transferência de segurado para plano inferior.

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

Curitiba, 17 de agosto de 2016.

Pela SUB-ESTIPULANTE:

Pela ADMINISTRADORA:

Gláucio Sales da Silva
 ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA
 ASSEJERN
 Assoc. Serv. Justiça Eleitoral do RN
 RIO GRANDE DO NORTE -
 ASSEJERN
 ASSINATURA SOB CARIMBO

João T. Moura
 EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E
 SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
 ASSINATURA SOB CARIMBO

Testemunha:
 Assinatura:
 Nome:
 CPF:

ASSEJERN
 Assoc. Serv. Justiça Eleitoral do RN
Sheila Maria Carvalho Bezerra de Araújo
 Diretora Administrativa

Testemunha:
 Assinatura:
 Nome:
 CPF:

01.747.987/0001-75

EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS
 MÉDICOS LTDA.

RUA DES. CLOTARIO PORTUGAL N° 243
 CENTRO - CEP 80410-220