**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO REGULAMENTO**

# Essência Regional 500

Leste Paulista - Apartamento

## 1. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES:

**Operadora: Fundação CESP,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 62.465.117/0001-06, com sede na Alameda Santos, nº 2477, Cerqueira César - São Paulo - SP, CEP 01419-907, denominada **Vivest**, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde com registro na ANS sob o nº 31547-8.

**Patrocinador:** Pessoa Jurídica devidamente identificada e qualificada no Convênio de Adesão, por meio de documento no qual o patrocinador expressa a sua intenção de contratar o plano privado de assistência à saúde abaixo identificado no item 2.

## 2. PRODUTO CONTRATADO, ABRANGÊNCIA NA REDE CREDENCIADA E TIPO DE ACOMODAÇÃO:

| **Plano** | **Registro** | **Acomodação** | **Abrangência** |
|---|---|---|---|
| ESSÊNCIA 500 QP RLE | 486.385/20-2 | Apartamento | Grupo de Municípios |
| **Nome comercial** | **Essência 500 Leste Paulista** | | |

**As características do plano estão definidas no anexo**, parte integrante destas Condições Especiais, conforme quadro acima.

**A composição da rede referenciada está definida de acordo com o plano contratado**.

## 3. ELEGIBILIDADE

**3.1.** Será considerado elegível como participante (titular) e com direito a indicar ou designar beneficiários para este plano de saúde, os empregados (ativos e inativos) que mantém ou tenham mantido vínculo de trabalho com as empresas patrocinadoras, que celebraram o respectivo Convênio de Adesão para este plano de saúde, bem como os sócios e administradores devidamente constituídos e seu grupo familiar, desde que o titular também participe de algum plano de saúde administrado pela Vivest.

**3.2.** Poderão vincular-se na condição de dependentes, agregados e designados do participante (titular), os familiares descritos abaixo, mediante apresentação da proposta de adesão devidamente preenchida e de cópia dos documentos descritos no quadro seguinte:

**DEPENDENTES**

| **Grau de Parentesco** | **Condições /Idade** | **Documentos necessários** |
|---|---|---|
| Cônjuge | Exclui automaticamente o cônjuge ou companheira(o) anterior | - Certidão de Casamento, RG e CPF do cônjuge. |

| | | |
|---|---|---|
| Companheira (o) | Exclui automaticamente o cônjuge ou companheira (o) anterior | Prova de união estável, se companheiro (a), mediante apresentação da:<br>- Escritura Declaratória de União Estável registrada em Cartório, ou Declaração de União Estável Simples e, no mínimo, 03 (três) dos seguintes documentos:<br>- Prova de mesmo domicílio;<br>- Conta bancária em comum;<br>- Certidão de Nascimento de filhos em comum;<br>- Prova de encargos domésticos evidentes de existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular em que conste o interessado como seu dependente.<br>Atenção:<br>Quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados, deverá apresentar a cópia da certidão de casamento com averbação da separação judicial ou divórcio. |
| Filho | Até 21 anos, solteiro e sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG e CPF. |
| | Até 24 anos, se universitário e sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG e CPF;<br>- Declaração da faculdade contendo o curso frequentado, período (anual/semestral) e data provável de término;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular constando o filho como dependente;<br>- Atestado médico de órgão oficial ou da rede credenciada à Vivest. No caso específico de afastamento temporário por motivo de saúde, que impossibilite frequentar a faculdade, juntar ao atestado, comprovante da faculdade contendo a informação de matrícula trancada. |
| | Se inválido/incapaz, de qualquer idade, com renda de até 02 salários mínimos | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG, CPF e comprovante de invalidez permanente emitido por profissional legalmente habilitado ou comprovante de Aposentadoria por Invalidez da Previdência Social;<br>- Termo de Curatela do incapaz. |
| Enteado | Até 21 anos, solteiro e sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG e CPF;<br>- Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em Cartório do titular;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular constando o enteado como dependente. |

| | | |
|---|---|---|
| | Até 24 anos, se universitário e sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG e CPF;<br>- Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em Cartório do titular;<br>- Declaração da faculdade contendo o curso frequentado, período (anual/semestral) e data provável de término;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular constando o enteado como dependente;<br>- Atestado médico de órgão oficial ou da rede credenciada à Vivest. No caso específico de afastamento temporário por motivo de saúde, que impossibilite frequentar a faculdade, juntar ao atestado, comprovante da faculdade contendo a informação de matrícula trancada. |
| | Se inválido/incapaz, de qualquer idade, com renda de até 02 salários mínimos | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG e CPF;<br>- Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em Cartório do titular;<br>- Comprovante de invalidez permanente emitido por profissional legalmente habilitado ou Comprovante de Aposentadoria por Invalidez da Previdência Social;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular constando o enteado como dependente;<br>- Termo de Curatela do incapaz. |
| Menor Sob Guarda | Sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG, CPF e Termo de Guarda provisório ou definitivo atualizado expedido pelo Poder Judiciário;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular, constando o(a) menor como dependente do titular. |
| Tutelado | Menor de 18 anos, solteiro e sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG, CPF;<br>- Termo de Tutela definitivo ou provisório expedido pelo Poder Judiciário.<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular, constando o(a) menor como dependente do titular. |
| Curatelado | Maior de 18 anos<br>* admitido exceção legal para concessão a menores (sob consulta) | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG, CPF e Termo de Curatela Definitivo expedido pelo Poder Judiciário;<br>- *Declaração de Imposto de Renda do titular, constando o menor como dependente. |

**AGREGADOS**

**Nota**: Somente será aceita a inclusão de agregados nos planos de saúde para os assistidos da Vivest cuja data da concessão do benefício previdenciário junto à Fundação tenha sido anterior a 30/11/2004, conforme aprovado pela Ata da 358ª Reunião Ordinária do Conselho de Curadores da Fundação CESP:

| **Grau de Parentesco** | **Condições /Idade** | **Documentos necessários** |
|---|---|---|
| Mãe do titular | Sem limite de idade. Com renda mensal somada a do marido de até 03 salários mínimos | - RG, CPF e comprovante de rendimentos da mãe e de seu esposo (caso possua);<br>- RG do titular. |

| | | |
|---|---|---|
| Mãe do titular viúva/separada / divorciada/ solteira | Sem limite de idade, com renda de até 03 salários mínimos | - RG, CPF e comprovante de rendimentos da mãe;<br>- RG do titular. |
| Pai do titular | Idade superior a 60 anos ou de qualquer idade se inválido, com renda de até 03 salários mínimos | - Comprovante de rendimentos do pai e se for o caso, comprovante de invalidez;<br>- RG e CPF:<br>- RG do titular. |
| Irmão (ã) do titular | Menor de 18 anos, sem renda própria e com os pais incluídos como dependentes do titular | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG, CPF e comprovante de rendimentos dos pais;<br>- RG do titular. |
| Irmão (ã) Inválido do titular | Solteiro, de qualquer idade, sem renda própria | - Certidão de Nascimento (se menor de 18 anos) ou RG e CPF;<br>- Comprovante de invalidez permanente emitido por profissional legalmente habilitado ou comprovante de Aposentadoria por Invalidez da Previdência Social;<br>- Declaração de Imposto de Renda do titular constando o irmão(ã) como dependente;<br>- RG do titular. |

**DESIGNADOS**

Poderão vincular-se na condição de designados do beneficiário titular, os familiares descritos abaixo:

| **Grau de Parentesco** | **Documentos necessários** |
|---|---|
| Pai, mãe, padrasto ou madrasta do titular | Certidão de Nascimento ou RG e CPF do titular e do parente;<br>Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório do padrasto ou madrasta. |
| Filho maior de 21 anos (não universitário) | - Certidão de Nascimento ou RG e CPF; |
| Enteados do(a) titular | - Certidão de Nascimento ou RG e CPF do enteado;<br>- Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório. |
| Netos do(a) titular e seus cônjuges | Certidão de Nascimento ou RG e CPF do neto e/ou do cônjuge;<br>Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório do(a) neto(a). |
| Bisnetos do(a) titular e seus cônjuges | - Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos pais dos bisnetos;<br>- Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos bisnetos;<br>- Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório dos bisnetos. |
| Avós e bisavós do(a) titular | - Certidão de Nascimento ou RG e CPF do titular; - Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos avós;<br>- Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos bisavós. |

| | |
|---|---|
| Sogros do(a) titular | - Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório do titular e Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos sogros. |
| Tios do titular | - Certidão de Nascimento ou RG e CPF do titular e dos tios. |
| Irmãos do titular | - Certidão de Nascimento ou RG e CPF do titular e dos irmãos. |
| Irmãos do cônjuge ou companheiro (a) do titular | Irmão do cônjuge ou companheiro (a) do titular:<br>- Certidão de Nascimento ou RG e CPF do cunhado(a);- Certidão de Nascimento ou RG e CPF do cônjuge ou companheiro (a);<br>- Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório do titular. |
| Sobrinhos | Sobrinhos do titular:<br>Certidão de Nascimento ou RG e CPF do titular;<br>Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos sobrinhos; |
| Cônjuge ou Companheira(o) de filhos ou equivalentes | - Certidão de Casamento ou Escritura Declaratória de União Estável registrada em cartório do(a) filho(a);<br>- Certidão de Nascimento ou RG e CPF do cônjuge/companheiro(a) do(a) filho(a) |

## 4. VACINAS

Cobertura de vacinas para a prevenção de doenças infecciosas, quando prescritas por médico conforme calendário da Sociedade Brasileira de Imunizações, e que NÃO sejam fornecidas pelos órgãos públicos algum tipo de vacina para estas doenças, conforme Calendário Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

## 5. TABELA DE REFERÊNCIAS PARA REEMBOLSO

A Tabela de Referência para Reembolso estará disponível para consulta no Portal da Vivest, www.vivest.com.br.

Os múltiplos de reembolso constam no anexo do plano - Características Específicas do Plano de Saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Partes acordam, ainda, que o presente Regulamento foi redigido dentro dos princípios de boa-fé e da probidade, sem nenhum vício de consentimento.

E assim, por concordarem com os termos destas Condições Especiais, seu respectivo Regulamento e demais documentos que fazem parte integrante deste documento, será disponibilizado no Portal da Vivest o inteiro teor, para que surta o efeito normativo de comunicação e transparência.

**ANEXO**

**CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**ESSÊNCIA 500 LESTE PAULISTA**
**APARTAMENTO - COM COPARTICIPAÇÃO**

## 1. Dados do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: **ESSÊNCIA 500 QP RLE**
Acomodação Hospitalar: **Apartamento**
Número do Registro na ANS: **486.385/20-2**
Abrangência geográfica: **Grupo de Municípios**
Livre escolha: **Sim**

## 2. Reembolso

**2.1.** Para fins de cálculo do reembolso das despesas cobertas realizadas nos atendimentos de livre escolha, serão observados os valores previstos na Tabela de Referências para Reembolso, e aplicados os múltiplos estabelecidos no plano:

| ATENDIMENTOS: ELETIVO E URGÊNCIA /EMERGÊNCIA |
|---|
| **1 X tabela** |

## 3. Área de Atuação do Plano:

Limitada aos seguintes municípios: CARAGUATATUBA, GUARAREMA, IGARATÁ, ILHABELA, JACAREÍ, MONTEIRO LOBATO, PARAIBUNA, SALESÓPOLIS, SANTA BRANCA, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO SEBASTIÃO, UBATUBA, APARECIDA, CUNHA, GUARATINGUETÁ, POTIM, NATIVIDADE DA SERRA, REDENÇÃO DA SERRA, SÃO LUÍS DO PARAITINGA, TAUBATÉ, TREMEMBÉ, LAGOINHA, PINDAMONHANGABA, ROSEIRA, CANAS, LORENA, PIQUETE, CAÇAPAVA, JAMBEIRO, CAMPOS DO JORDÃO, SANTO ANTÔNIO DO PINHAL e SÃO BENTO DO SAPUCAÍ.

## 4. Coparticipação

**4.1.** O beneficiário titular coparticipará nas despesas realizadas por ele e seus dependentes, decorrentes de utilizações eletivas, como consultas, exames e terapias simples em 20% do valor do procedimento.

**4.2.** As utilizações realizadas em regime de Internação, em Pronto Socorro e Terapias de Alta Complexidade, assim definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente. Incidirão em coparticipação monetária em *valores fixos, conforme abaixo demonstrado:

| Nível de Rede Credenciada | Coparticipação em Pronto Socorro | Coparticipação em Internações | Terapias de Alta Complexidade - Ambulatorial |
|---|---|---|---|
| Essência 500 QP RLE | R$150,00 | R$300,00 | R$100,00 |

* Os valores poderão ser reajustados nos termos previstos no Regulamento.

**4.2.1.** A listagem de hospitais por nível estará disponível no Portal da Vivest (www.vivest.com.br)

**4.3.** Haverá teto limitador de cobrança mensal da coparticipação de 50% do valor da mensalidade, com cobrança das despesas residuais nos meses subsequentes, até o encerramento dos valores pendentes de coparticipação.

## 5. Coberturas Adicionais

**5.1.** Transplante dos órgãos: coração, pulmão, coração/pulmão, fígado, ósseos vascularizados e pâncreas;

**5.2.** Sessões de fonoaudiologia, psicologia, psicoterapia e terapia ocupacional além da DUT do Rol;

**5.3.** Cirurgia oftalmológica refrativa de miopia ou hipermetropia, sem limite de grau ao previsto no Rol, conforme prescrição médica;

**5.4.** Sessões de RPG (Reeducação Postural Global), até 40 (quarenta) sessões, por beneficiário, enquanto vigorar o presente Regulamento;

**5.5.** Programas de Promoção em Saúde e Prevenção de Doenças, para acompanhamento de doenças crônicas;

**5.6.** Vacinas não previstas no Calendário Oficial.

**NOTA**: Todas as coberturas adicionais, serão realizados em rede credenciada

## 6. Carências

**6.1.** Para as inclusões de beneficiários fora do prazo previsto na Cláusula PERÍODO DE **CARÊNCIAS**, serão considerados os seguintes prazos:

| Eventos | Prazos |
|---|---|
| Urgência e Emergência | 24 horas |
| Consultas e exames simples | 30 dias |
| internações clínicas e cirúrgicas, exames, procedimentos especiais e demais procedimentos | 180 dias |
| Partos a Termo | 300 dias |

## 7. DLP – Doenças e Lesões Pré-existentes

**7.1.** Para as inclusões de beneficiários fora do prazo previsto na Cláusula de DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES do Regulamento, será considerado o seguinte prazo:

| Eventos | Prazos |
|---|---|
| CPT - Cobertura Parcial Temporária | 24 meses |

## 8. Disposições Finais

Este anexo complementa informações, permanecendo válidas todas as condições estabelecidas no Regulamento.

**Este documento é parte integrante do Regulamento do Plano de Assistência à Saúde, firmado com o Patrocinador indicado no Convênio de Adesão por ocasião da contratação e ratifica as características específicas do plano contratado.**