

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia Coparticipativo-**

Registro da Operadora na ANS nº 36.656-1

**PCA BEM FÁCIL FLEX PRATA - PLANO COLETIVO POR ADESÃO
COPARTICIPATIVO**

Registro do Produto na ANS:

Plano Coletivo por Adesão Coparticipativo – Enfermaria nº 478.533/17-9

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado como **CONTRATANTE ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE ILHA SOLTEIRA - ACEIS**, com sede na cidade de Ilha Solteira - São Paulo, à Rua dos Tapajós, nº 185, Zona Norte, CEP nº 15.385-000, inscrita no CNPJ/MF sob nº 47.761.044/0001-06, Inscrição Estadual Isenta, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos por seu Presidente OSMAR MARTINS DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, portador do RG nº 6.338.695, inscrito no CPF nº 704.809.588-15, e por seu 1º Tesoureiro ARIIVALDO DE PÁDUA LEMOS, brasileiro, casado, portador do RG nº 18.714.030-3, inscrito no CPF nº 057.755.958-31, e de outro lado, na qualidade de **CONTRATADA, BENSÁUDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA**, com sede na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, na Rua XV de Novembro, nº 4.488, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.849.393/0001-38, registrada, nos termos da Lei nº 6.839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº 24.311, E TAMBÉM REGISTRADA NOS TERMOS DA Lei nº 9.656/98 e RN 100, de 03/06/2005, na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 36656-1, classificada nos termos da RDC 39, de 27/10/2000, como sendo MEDICINA DE GRUPO, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o presente instrumento, com formação de preço pré-estabelecido e, com Abrangência Geográfica de Grupo de Municípios, de forma que sua área de atuação encontra-se disposta no Cláusula Décima Sexta deste contrato, nos termos que seguem:

Cláusula Primeira
DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde tem por objetivo, garantir a cobertura dos custos assistenciais, médico-hospitalares previstos em cláusula específica deste Contrato e de acordo com as disposições da Lei nº 9.656/98, pela **CONTRATADA**, aos beneficiários indicados pela **CONTRATANTE**, através de uma rede assistencial credenciada para tanto.

1.2. O presente contrato regulamenta os direitos e as obrigações das partes, sobre o PLANO COLETIVO POR ADESÃO COPARTICIPATIVO - ENFERMARIA, registrado na ANS sob o nº 478.533/17-9.



Cláusula Segunda
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de característica bilateral, pertencendo à classe de contrato de adesão, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo o (a) **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

2.2. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

Cláusula Terceira
DA REDE CREDENCIADA

3.1. A **CONTRATADA** colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Contrato, para a cobertura assistencial ora contratada, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Guia Médico", disposto no site da **CONTRATADA**.

3.1.1. A relação dos prestadores de serviços vinculados ao respectivo plano é divulgada por meio eletrônico.

3.1.2. A **CONTRATADA** manterá sempre atualizada em seu site na Internet, para a consulta de seus beneficiários, a relação de seus prestadores de serviços vinculados ao respectivo plano.

3.2. A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Guia Médico", nos termos do disposto na Lei nº 9.656/1998, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

3.2.1. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá dar ciência escrita à **CONTRATANTE** e à ANS, assim como aos beneficiários inscritos no plano, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

3.3. A **CONTRATADA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei no 9.656/98, mediante autorização expressa da ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido "Guia Médico".



3.4. Em ocorrendo as substituições dos serviços, os beneficiários terão direito de prosseguir com o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da **CONTRATADA**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

3.5. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, a critério médico, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**.

3.6. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus adicional.

Cláusula Quarta **DOS BENEFICIÁRIOS**

4.1. São considerados beneficiários titulares deste Contrato as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: os conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas regulamentações legais; e as entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

4.1.1. Para a inscrição como beneficiário titular, a **CONTRATANTE** deverá apresentar os documentos que comprovem o vínculo profissional, classista ou setorial especificadas no item imediatamente acima.

4.2. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:

4.2.1. Cônjuge ou companheiro (a) – pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo - comprovado através de documentação hábil prevista na Lei;

4.2.2. Filhos (as), enteados (as) e menores sob guarda judicial ou tutela, desde que menores de 25 (vinte e cinco) anos;

4.2.3. Filhos (as), solteiros (as), absolutamente incapazes, mediante a devida comprovação.

4.3. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, a comprovação da condição de elegibilidade do Beneficiário Titular, bem como a comprovação de relação de dependência, aqui especificada, além da legitimidade da **CONTRATANTE**.



4.4. Nos termos do disposto no artigo 9º, Parágrafo Segundo da Resolução Normativa RN 195/2009, a inclusão dos beneficiários dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no presente contrato, bem como sua permanência.

Cláusula Quinta
DA ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

5.1. A **CONTRATANTE** providenciará a inclusão ao Plano de Saúde dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, a qualquer tempo, através da Ficha de Inscrição própria da **CONTRATADA**, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes.

5.1.1. As Fichas de Inscrição deverão ser preenchidas e assinadas pelos beneficiários titulares e entregues para a **CONTRATANTE** juntamente com a seguinte documentação:

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes;
- b) cópia da certidão de casamento ou documento que comprove a união estável, para a inscrição do cônjuge ou companheiro (a) - pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo;
- c) cópia da certidão de nascimento ou termo de guarda, tutela ou adoção para a inscrição de qualquer filho (a) até 25 (vinte e cinco) anos;
- d) certidão de nascimento ou termo de guarda, tutela ou adoção;
- e) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, apresentar cópia do documento expedido pelo órgão oficial para a inscrição do (a) filho (a) absolutamente incapaz.

5.2. Os filhos recém-nascidos dos beneficiários, nascidos, adotados, sob guarda judicial ou tutelados na vigência deste Contrato, e incluídos no respectivo Plano até 30 (trinta) dias após a data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência não estando sujeitos a alegação pela **CONTRATADA** de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando, portanto, a coberturas parciais temporárias.

5.2.1. Em caso de inscrição de filhos adotivos do (a) beneficiário, menores de (12) doze anos, ou seja, até 11 (onze) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante.

5.2.1.1. O menor de 12 (doze) anos, ou seja, com 11 (onze) anos ou menos de idade, adotado por Beneficiário desse plano, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser inscrito em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo adotante, tutor ou detentor da guarda, observadas as condições de elegibilidade.



5.2.1.2. O filho menor de 12 (doze) anos, ou seja, com 11 (onze) anos ou menos de idade, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai, observadas as condições de elegibilidade e desde que o pai seja o Titular.

5.3. As alterações no quadro de beneficiários titulares da **CONTRATANTE** (inclusões e exclusões), decorrentes de alteração do vínculo profissional, classista ou setorial, assim como as desistências manifestadas pelos beneficiários, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**.

5.3.1. A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pela **CONTRATANTE** entre os dias escolhidos na Ficha de Inscrição, mediante o envio do relatório de movimentação cadastral do mês, acompanhado dos formulários assinados pelo titular com toda a documentação necessária.

5.4. A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta solicitar, cópia de outros documentos comprobatórios de seu quadro associativo, através de comprovação do vínculo profissional, classista ou setorial.

5.5. Os beneficiários titulares ativos serão excluídos do presente Contrato quando:

- a) perderem o vínculo profissional, classista ou setorial com a **CONTRATANTE**;
- b) de sua morte;
- c) da rescisão do contrato;
- d) nos casos de fraude comprovada, com o intuito de omitir a doença ou lesão preexistente;
- e) nos casos de inadimplência da coparticipação financeira – por período superior a 30 (trinta) dias;
- f) a critério exclusivo da **CONTRATANTE**;
- g) nos casos de atraso no pagamento da Taxa de Manutenção Mensal por período superior a 30 (trinta) dias – seja o atraso por culpa do Beneficiário ou da pessoa jurídica associada, após pedido da pessoa jurídica **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.
- h) solicitado pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio Beneficiário Titular.

5.6. Os beneficiários dependentes serão excluídos do plano quando:

- a) da exclusão dos beneficiários titulares;
- b) da perda da dependência;
- c) de sua morte;
- d) da rescisão do contrato;
- e) nos casos de fraude comprovada, com o intuito de omitir a doença ou lesão preexistente;
- f) nos casos de inadimplência da coparticipação financeira;



- g) nos casos de atraso no pagamento da Taxa de Manutenção Mensal por período superior a 30 (trinta) dias – seja o atraso por culpa do Beneficiário ou da pessoa jurídica associada, após pedido da pessoa jurídica **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.
- h) solicitado pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio Beneficiário Titular.

5.7. As exclusões dos beneficiários se operam automaticamente nos casos de fraude e da perda do vínculo do titular com a **CONTRATANTE**, ou da perda do vínculo de dependência. Nos demais casos, dependerá de expressa solicitação escrita da **CONTRATANTE** ou do Beneficiário Titular.

5.8. A exclusão por fraude dependerá do encerramento do processo administrativo por parte da ANS, com julgamento favorável à Operadora, ora **CONTRATADA**.

5.9. Quando da exclusão do Beneficiário Titular e seus dependentes, se houver, fica a **CONTRATANTE** compelida e informar imediatamente à **CONTRATADA** da exclusão, informando ao referido beneficiário sobre a proibição de utilização do cartão de identificação e responsabilizando-se por eventual utilização indevida, nesse interregno. Os cartões de identificação deverão ser devolvidos à **CONTRATADA**.

5.10. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que deixou de ser elegível, cuja exclusão não tenha sido comunicada à **CONTRATADA**, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

Cláusula Sexta DA IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

6.1. A **CONTRATADA** fornecerá ao beneficiário titular e a seus dependentes, regularmente inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, que serão exibidos sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.

Cláusula Sétima DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO

7.1. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura dos custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, (CID-10), nos termos do artigo 12, incisos I, II e III da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do artigo 10-A da mesma Lei e o disposto na Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA** e em sua área de abrangência geográfica.



7.1.1. Todos os atendimentos, procedimentos, exames e internações ora contratados, descritos em toda extensão desse contrato, para que tenham cobertura, devem ocorrer, **EXCLUSIVAMENTE** dentro da área de abrangência e da rede credenciada da **CONTRATADA** (centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios e hospitais), bem como por médicos e profissionais da área de saúde, credenciados à **CONTRATADA**, constantes do "Guia Médico", disposto no site da **CONTRATADA**, respeitados os prazos e garantias de atendimentos.

7.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, e desde que realizados dentro da área geográfica de abrangência do contrato e da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as seguintes coberturas:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo 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, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;
- c) cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, 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, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;
- d) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- e) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- f) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9656/1998, e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época;
- g) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada e da área de abrangência geográfica da **CONTRATADA**, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;

7.3. Cobertura dos procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:



- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.4. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**, compreendendo:

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) atendimentos à psicoterapia, em conformidade com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo ou médico devidamente habilitado;
- c) tratamento básico prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

7.5. Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, em número ilimitado de dias, em hospitais básicos e especializados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.6. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.7. Garantia de acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos pertencentes à rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.8. Fica garantida a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica e desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.9. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, desde que referentes a procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto em caráter particular e domiciliar.



7.10. Fica garantido o atendimento, DENTRO DA SEGMENTAÇÃO E DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDA NO CONTRATO, independentemente do local de origem do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.11. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.12. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTOS NO CONTRATO, em território brasileiro, por via terrestre, respeitadas as coberturas asseguradas por norma específica, desde que cumpridas as exigências legais ali definidas.

7.13. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, contrastes, medicamentos entre outros, desde que referentes a procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e, ainda, desde que regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à ANVISA, e, por fim, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, exceto em caráter particular e domiciliar (com exceção dos tratamentos/medicamentos antineoplásicos e procedimentos radioterápicos orais, descritos no rol de procedimentos e eventos à saúde vigente à época do evento, observadas suas diretrizes de utilização vigentes à época do evento, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**).

7.14. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

7.15. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.

7.16. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação



hospitalar, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.17. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.18. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar e desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento.
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física: aqueles listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de Rim, Córnea e transplantes autólogos e alogênicos, exceto medicação de manutenção;
- k) 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.

7.19. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativo, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.20. Para os casos em que o período de internação exceder o prazo definido acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devida pelos beneficiários a coparticipação financeira, no percentual estabelecido por normativo da ANS, vigente a época do evento, sobre o valor contratado com o respectivo prestador.



7.20.1. Entende-se, para fins do presente Contrato, por coparticipação, a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora, referente à realização de procedimentos cobertos pelo Plano.

7.20.2. A coparticipação financeira deverá ser paga diretamente pelo **CONTRATANTE** (ou Beneficiário Titular) através de boleto bancário a ser encaminhado pela **CONTRATADA**.

7.20.3. O percentual de coparticipação incidirá sobre os valores efetivamente praticados pela rede credenciada.

7.20.4. A informação da utilização ocorrerá até 60 (sessenta) dias da data do evento, através de extrato de coparticipação que será encaminhado ao **CONTRATANTE** (ou Beneficiário Titular).

7.21. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas.

7.22. Cobertura de hospital-dia para os transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

7.23. Os beneficiários do presente contrato terão direito à cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente a época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, em conformidade com as Diretrizes de Utilização vigente à época do evento, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais correrão sob as expensas da Operadora de Plano de Saúde do Beneficiário Receptor;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS;

7.24. Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como em conformidade com as Diretrizes de Utilização vigente à época do evento, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.25. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.



7.26. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT, desde que realizados dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.27. Estão cobertos os atendimentos por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo assistente.

7.28. Estão cobertas as órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com a Resolução nº 1956/2010 do Conselho Federal de Medicina.

7.29. Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério, desde que realizadas dentro da área de abrangência geográfica e da rede credenciada da **CONTRATADA**. Fica assegurada a cobertura de despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato (salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente), compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença e/ou Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.30. Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada no âmbito de internação hospitalar, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento.

7.31. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pela **CONTRATANTE** ou seus beneficiários (Titular e/ou Dependentes) com médicos, hospitais ou entidades, pertencentes ou não à rede credenciada da **CONTRATADA**.

7.32. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de emergência e urgência, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

7.32.1. Os atendimentos estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos:



7.32.2. Os casos de emergência e os de urgência ocorridos durante o prazo de **cobertura parcial temporária de doença ou lesão preexistente**, terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, exclusivamente para a doença ou lesão preexistente, DECLARADA.

7.32.3. Os casos de emergência, e os casos de **urgência decorrentes de complicações no processo gestacional**, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência para a internação hospitalar, **TAMBÉM** terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

7.32.3.1. Fica assegurada a garantia de atendimento, limitada às primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

7.32.3.2. Fica garantida a remoção, quando necessário por indicação médica para outra unidade da Operadora ou para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.

7.32.3.3. Depois de cumpridas as carências, fica assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

7.32.4. Transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, a responsabilidade da **CONTRATADA** cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do paciente-beneficiário.

7.32.5. Após os atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, ou, antes desse período quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, ou, quando caracterizada a necessidade de internação – após o atendimento de urgência e emergência, ou, ainda, caso o beneficiário esteja cumprindo carência, o beneficiário-paciente terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

7.32.5.1. Ficam garantidos os atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, caso o beneficiário-paciente esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, bem como nos casos de carência para internação. Nesses casos, o beneficiário-paciente terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade



de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, após realizados os atendimentos de urgência e emergência.

7.32.5.2. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, este e/ou seus responsáveis e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a operadora, desse ônus.

7.32.5.3. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

7.32.5.4. Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

7.32.5.5. Os casos de **urgência decorrentes de acidentes pessoais**, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência, terão o seu atendimento AMBULATORIAL e HOSPITALAR integralmente coberto pelo presente Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao plano.

7.32.6. Em todos os casos acima, fica assegurada a cobertura remoção, via terrestre, asseguradas por norma específica, desde que cumpridas as exigências legais ali definidas.

7.33. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO: estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes ou seu representante legal saibam ser portadores ou sofredores, no momento da contratação ou adesão ao plano. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

7.33.1. Caso, quando do preenchimento da Proposta de Admissão/Ficha de Identificação Cadastral do beneficiário titular no presente Contrato, ou de seu(s) dependente(s) – se houver, seja declarada pelo pretense beneficiário e/ou por seus dependentes ou representante legal, em entrevista qualificada, ou seja constatada, através de exames ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade, e internações em leitos de alta tecnologia, o(a) beneficiário titular, seus dependentes, ou seja, o portador da doença e/ou lesão preexistente, se sujeitará à cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, optando a **CONTRATADA** por não oferecer cobertura total nesses casos.

7.33.1.2. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de não oferecer Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da



Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, emanada da ANS – Agência Nacional de Saúde.

7.33.2. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária, a suspensão, por um prazo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente, contados a partir da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;

7.33.2.1. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, não cabendo cobertura parcial temporária.

7.33.2.2. Em havendo declaração de doença e/ou lesão preexistente, o Declarante estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário titular, dependentes ou seu representante legal.

7.34. DA ENTREVISTA QUALIFICADA: A CONTRATADA entregará à **CONTRATANTE**, os formulários de Entrevista Qualificada, para que os beneficiários titulares e dependentes, se houver, ou seu representante legal no ato da contratação ou adesão ao plano, possam preenchê-los.

7.34.1. O beneficiário titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal são obrigados a informar à **CONTRATADA**, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, no momento da adesão ao Plano, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.

7.34.2. É facultado à **CONTRATADA**, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários (titular ou seus dependentes) inscritos no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

7.34.2.1. Fica vedada a alegação de omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente pela **CONTRATADA** quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário Titular e dependentes, se houver.

7.34.3. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o (s) beneficiário(s) Titular e dependentes, se houver, inscrito (s) no presente plano.



7.34.4. Caso seja identificado pela **CONTRATADA**, indício de fraude em que o(s) beneficiário(s) - titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal omitiu(ram) a informação na declaração de saúde sobre seu conhecimento da existência de doença ou lesão preexistente, na ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá dar ciência desse fato ao beneficiário Titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal, imediatamente, comunicando-os por escrito, sobre o referido comportamento, através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, ocasião em que também será oferecida Cobertura Parcial Temporária.

7.34.5. Caso o beneficiário titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal não concorde com a alegação de que omitiu a informação na declaração de saúde sobre seu conhecimento da existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da **CONTRATADA** no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação, para que a **CONTRATADA** possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o julgamento administrativo da alegação de omissão na declaração de saúde, nos termos legais.

7.34.6. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

7.34.7. Sendo o julgamento final favorável à **CONTRATADA**, o beneficiário que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do contrato, passando a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação realizada pela **CONTRATADA**.

Cláusula Oitava DAS EXCLUSÕES

8.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da **CONTRATADA** de cobrir, os procedimentos relativos a:

8.1.1. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

8.1.2. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

8.1.3. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E FERTILIZAÇÃO IN VITRO;

8.1.4. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, assim como SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSOS E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;



8.1.5. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

8.1.6. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, COM EXCEÇÃO DOS TRATAMENTOS/MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS ORAIS, DESCRITOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS À SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

8.1.7. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

8.1.8. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

8.1.9. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

8.1.10. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

8.1.11. TRANSPLANTES, exceto aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde emanado da ANS, vigente à época do evento;

8.1.12. CONSULTAS e INTERNAÇÕES DOMICILIARES, INCLUSIVE HOME CARE;

8.12.1.1. ATENDIMENTO DOMICILIAR DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA E MÉDICOS, ASSIM COMO ENFERMAGEM PARTICULAR EM CARÁTER HOSPITALAR OU DOMICILIAR;

8.1.13. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;

8.1.14. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS.

8.1.15. ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

8.1.16. EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS.



Cláusula Nona
DO TIPO DE PLANO

9.1. Este produto possui padrão de conforto do tipo **ENFERMARIA** (com registro na ANS sob nº 478.533/17-9) com direito a utilização de toda a rede credenciada para esta modalidade de plano e, nos casos de internação hospitalar, os beneficiários terão direito a **ACOMODAÇÕES COLETIVAS (TIPO ENFERMARIA – 2 (dois) LEITOS OU MAIS)**;

9.2. Caso o beneficiário titular ou dependente, inscrito num plano de padrão de conforto inferior opte expressamente por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito (se houver), se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.

9.3. Nos casos em que a **CONTRATANTE** tenha contratado mais de um plano de saúde com padrões de conforto diferentes, as mudanças de plano de padrão de conforto inferior para um outro de padrão de conforto superior e vice e versa, serão admitidas após decorridos 12 (doze) meses da última alta hospitalar e deverá abranger tanto o titular como também os dependentes, se houver.

Cláusula Décima
DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO

10.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá entrar em contato diretamente com estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, para a marcação prévia da consulta ou exame, e apresentar os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do beneficiário; e
- b) Documento de identidade do beneficiário-paciente.

10.2. Caso o beneficiário encontre dificuldade na marcação da consulta ou exame, deverá informar imediatamente a **CONTRATADA** através do Setor de Relacionamento para que a mesma possa solucionar a demanda dentro dos prazos previstos na legislação vigente.

10.3. Para os procedimentos relacionados abaixo, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciado pela **CONTRATADA**, além dos documentos acima relacionados, a guia de autorização prévia, devidamente emitida e assinada pela **CONTRATADA**:

- a) Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapia;
- b) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;
- c) Internações Clínicas Hospitalares;
- d) Internações Cirúrgicas Eletivas Hospitalares;
- e) Partos.



10.3.1. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, quando caracterizada urgência ou emergência, será dada imediatamente, a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento.

10.4. Em casos de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, ora **CONTRATADA**.

10.5. As internações feitas em caráter de emergência, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** até 72 (setenta e duas) horas da internação, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente.

10.5.1. Caso seja necessário, a critério da **CONTRATADA**, esta poderá solicitar a realização de exames clínicos, ou perícias, que deverá se realizar no prazo máximo de 1 (um) dia útil.

10.6. REEMBOLSO: Quando da impossibilidade de utilização, pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes, se houver, dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, para atendimentos de assistência à saúde relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato - em casos de urgência e de emergência ocorridos dentro da área geográfica de abrangência do contrato - a **CONTRATADA** procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário titular e/ou pelo seu dependente, se houver, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a relação de preços dos serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

10.6.1. O reembolso das despesas será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à **CONTRATADA**, pelo beneficiário da seguinte documentação:

- a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso.

10.7. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário - beneficiário titular e/ou seus dependentes, se houver.

10.8. O prazo para o beneficiário requerer o reembolso é de 12 (doze) meses contados da realização do evento.

10.9. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE**, para a livre adesão e correta utilização dos serviços contratados.



10.10. A CONTRATANTE se obriga a esclarecer, plenamente, aos beneficiários elegíveis, sobre as condições de adesão e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

Cláusula Décima Primeira DAS CARÊNCIAS

11.1. O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato, se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência:

11.1.1. Atendimento AMBULATORIAL E HOSPITALAR, nos casos de URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL: **24 (vinte e quatro) horas;**

11.1.2. Atendimento exclusivamente AMBULATORIAL durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento para os casos de EMERGÊNCIA ocorridos durante o período de carência, e os casos de complicações no processo gestacional ocorridos durante o período de carência para a internação hospitalar, e os casos de emergência e urgência, relativos à doença preexistente durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária: **24 (vinte e quatro) horas.**

11.1.3. Consultas médicas: **30 (trinta) dias;**

11.1.4. Exames auxiliares de rotina, assim considerados os de análises clínicas de Urina e Fezes, Hemograma, Raio X sem contraste e Eletrocardiograma: **60 (sessenta) dias;**

11.1.5. Demais exames auxiliares de diagnóstico, TAIS COMO, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Fisioterapias, Endoscopia, Ecocardiograma, Uretrocistografia, Cintilografia, Refluxo gastroesofágico, Ecodopler, Polissonografia e demais exames de alta complexidade definidos pela ANS: **180 (cento e oitenta) dias;**

11.1.6. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: **180 (cento e oitenta) dias;**

11.1.7. Internações clínicas hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias;**

11.1.8. Internações cirúrgicas eletivas hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias;**

11.1.9. Partos a termo: **300 (trezentos) dias.**

11.1.10. Para alteração de padrão de conforto, quando a alteração tratar de padrão inferior para padrão superior: **180 (cento e oitenta) dias.**

11.2. O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data de inscrição do beneficiário titular ou dependente ao plano.



11.3. Não haverá a exigência do cumprimento dos prazos de carência de que trata a presente cláusula para os beneficiários que aderirem ao presente plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da assinatura do presente instrumento.

11.4. A cada aniversário do presente contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento dos prazos de carência de que trata esta cláusula, desde que:

- a) o pretense beneficiário tenha se vinculado à **CONTRATANTE** como associado ou filiado, ou seja, comprovado o vínculo profissional, classista ou setorial, após o prazo de 30 (trinta) dias contados do início de vigência do presente contrato, e cumulativamente:
- b) a proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) dias da data do aniversário do presente contrato.

11.5. Para as inclusões formalizadas fora dos prazos previstos nos subitens anteriores, os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carência previstos na presente cláusula.

Cláusula Décima Segunda **DA COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA**

12.1. A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pela **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, após a realização, pelo Beneficiário, do procedimento, recebimento dos medicamentos antineoplásicos ou administração de medicamentos inerentes ao exame/procedimento e nas condições estabelecidas no presente contrato.

12.2. A coparticipação que ora se estabelece refere-se a consultas, exames, procedimentos, terapias, sessões, medicamentos antineoplásicos, medicamentos inerentes ao exame/procedimento e internação, de acordo com as especificações descritas no Anexo I desse instrumento e disponível eletronicamente no site da **CONTRATADA**, www.bensaude.com.br, que passa a fazer parte integrante desse Contrato.

12.3. Os percentuais/valores de coparticipação estipulados serão cobrados por cada procedimento/exame/medicamento realizado, recebido ou administrado e por Beneficiário, possuindo como base de cálculo os valores efetivamente praticados pela Rede Credenciada da **CONTRATADA** e/ou fornecedores.

12.4. O(A) **CONTRATANTE** responsabiliza-se pelo pagamento da coparticipação financeira, em conformidade com o estabelecido no Anexo I desse contrato, de acordo com a quantia estabelecida para cada procedimento, realizado pelos Beneficiários Titulares ou dependente(s), devendo ser paga à **CONTRATADA**, através de Nota Fiscal, juntamente com o pagamento da Taxa de Manutenção Mensal.

12.4.1. Mensalmente será encaminhado um Relatório de coparticipação, discriminando a utilização da coparticipação financeira por Beneficiário referente ao período cobrado.



12.5. As informações relativas à coparticipação, respectivos valores, Beneficiários discriminados e o(s) eventos realizados, medicamentos antineoplásicos ou administração de medicamentos inerentes ao exame/procedimento, serão devidamente discriminados e ocorrerá até 60 dias (sessenta dias) da data do evento, através do Relatório de coparticipação que será encaminhado ao **CONTRATANTE** juntamente com a Nota Fiscal de pagamento, de acordo com o valor vigente no mês em que foi realizado o evento/procedimento/medicamento.

12.6. A coparticipação financeira será devida pelo(a) **CONTRATANTE** sempre que um evento for realizado pelos Beneficiários Titulares ou dependente(s), obrigando-se o **CONTRATANTE** ao seu pagamento, ainda que a cobrança, ou emissão da nota fiscal, seja realizada em mês diverso daquele em que ocorreu o evento.

12.7. O reajuste dos percentuais/valores relativos à coparticipação financeira operar-se-á nos mesmos moldes e critérios estabelecidos para o reajuste anual, conforme Cláusula abaixo, item 13.3.2..

Cláusula Décima Terceira DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Do Agrupamento de Contratos e Suas Regras

13.1. Este contrato, caso possua menos de 30 (trinta) beneficiários, integrará o agrupamento de contratos com até 30 (trinta) beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

13.1.1. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

13.1.2. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

13.1.3. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos nos itens 13.2. a 13.15.

13.1.4. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos 13.16 a 13.25.

13.1.5. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da operadora **CONTRATADA**, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.



13.2. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nos itens abaixo.

13.3. Será utilizado percentual convencionado entre as partes, não inferior ao estabelecido pelo Índice FIPE/SAÚDE para o reajuste da Tabela de Preços por Faixa Etária, para novas adesões, bem como das taxas mensais per capita, **NEGOCIADAS PELAS PARTES, ENTENDA-SE CONTRATANTE E CONTRATADA, NO MOMENTO DA ASSINATURA DO CONTRATO**, e constará de documento anexo, sendo certo que, serão aplicados de acordo com a legislação vigente que regula a matéria, e os percentuais devidamente comunicados à ANS conforme normativo vigente.

13.3.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 13.3., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

13.3.2. Os valores/percentuais referentes à coparticipação serão reajustados anualmente em conformidade com o índice **AUTORIZADO** pela ANS, na data de aniversário do contrato, nas mesmas condições descritas na Cláusula imediatamente acima.

13.4. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

13.5. Os reajustes, financeiro e técnico (exceto por alteração da faixa etária) da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, na data do aniversário do contrato, independentemente da data da inclusão do beneficiário no plano. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

13.6. Além da modalidade de reajuste estipulada no subitem anterior, fica pactuado que as Taxas Mensais sofrerão, ainda, mais as seguintes majorações:

13.6.1. Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da **CONTRATADA**, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente.

13.6.2. Aumento decorrente de sinistralidade excessiva, a fim de ser efetivada reposição de custos diante da intensa utilização do plano pelo grupo de beneficiários vinculados à **CONTRATADA**. O nível de sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do Contrato.



13.6.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.6.2. este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

13.7. Os reajustes por faixa etária serão processados da seguinte maneira:

13.7.1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste discriminados na **TABELA DE FAIXAS ETÁRIAS** constante abaixo, em que será acrescentado sobre o valor da última Taxa Mensal de Manutenção:

Faixa	Idade	Acréscimos	Incidência
1	00 a 18 anos	Sem acréscimos	
2	19 a 23 anos	16,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
3	24 a 28 anos	16,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
4	29 a 33 anos	10,20%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
5	34 a 38 anos	16,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
6	39 a 43 anos	14,30%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
7	44 a 48 anos	22,50%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 6
8	49 a 53 anos	24,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 7
9	54 a 58 anos	32,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 8
10	59 anos ou mais	47,85%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 9

13.7.2. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 (dez) não poderá ser superior a seis (6) vezes o valor da faixa 1 (um), e que a variação acumulada entre a faixa 7 (sete) e a faixa 10 (dez), não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 (um) e a faixa 7 (sete).

13.7.3. A variação do valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, exclusivamente em relação ao reajuste por faixa etária.

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

13.9. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.



13.9.1. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

13.10. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

13.11. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

13.12. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

13.13. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, aplicando a cada um, sua respectiva tabela.

13.14. O valor da remuneração contratual será discriminado em fatura emitida mensalmente pela **CONTRATADA**, baseada nos dados informados pela **CONTRATANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

13.15. A quitação das faturas deverá ser efetuada exclusivamente pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** conforme definido em documento anexo ao Contrato. Caso a **CONTRATANTE** não receba o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo junto à **CONTRATADA** para que não se sujeite à consequência da mora.

Dos Contratos Não Agrupados e Suas Regras

13.16. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento, ou seja, que possua 30 (trinta) ou mais beneficiários, observará o disposto nos itens abaixo.

13.17. Será utilizado percentual convencionado entre as partes, não inferior ao estabelecido pelo Índice FIPE/SAÚDE para o reajuste da Tabela de Preços por Faixa Etária, para novas adesões, bem como das taxas mensais per capita, **NEGOCIADAS PELAS PARTES, ENTENDA-SE CONTRATANTE E CONTRATADA, NO MOMENTO DA ASSINATURA DO CONTRATO**, e constará de documento anexo, sendo certo que, serão aplicados de acordo com a legislação vigente que regula a matéria, e os percentuais devidamente comunicados à ANS conforme normativo vigente.

13.17.1. Os valores/percentuais referentes à coparticipação serão reajustados anualmente em conformidade com o índice **AUTORIZADO** pela ANS, na data de aniversário do contrato, nas mesmas condições descritas na Cláusula imediatamente acima.



13.18. Os reajustes, financeiro e técnico (exceto por alteração da faixa etária) da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, na data do aniversário do contrato, independentemente da data da inclusão do beneficiário no plano. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

13.19. Além da modalidade de reajuste estipulada no subitem anterior, fica pactuado que as Taxas Mensais sofrerão, ainda, mais as seguintes majorações:

13.19.1. Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da **CONTRATADA**, de fatores incontrolláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente.

13.19.2. Aumento decorrente de sinistralidade excessiva, a fim de ser efetivada reposição de custos diante da intensa utilização do plano pelo grupo de beneficiários vinculados à **CONTRATADA**. O nível de sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do Contrato.

13.19.3. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste discriminados na **TABELA DE FAIXAS ETÁRIAS**, constante abaixo, em que será acrescentado sobre o valor da última Taxa Mensal de Manutenção:

Faixa	Idade	Acréscimos	Incidência
1	00 a 18 anos	Sem acréscimos	
2	19 a 23 anos	16,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
3	24 a 28 anos	16,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
4	29 a 33 anos	10,20%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
5	34 a 38 anos	16,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
6	39 a 43 anos	14,30%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
7	44 a 48 anos	22,50%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 6
8	49 a 53 anos	24,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 7
9	54 a 58 anos	32,70%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 8
10	59 anos ou mais	47,85%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 9



13.19.4. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 (dez) não poderá ser superior a seis (6) vezes o valor da faixa 1 (um), e que a variação acumulada entre a faixa 7 (sete) e a faixa 10 (dez), não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 (um) e a faixa 7 (sete).

13.19.5. A variação do valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, exclusivamente em relação ao reajuste por faixa etária.

13.20. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

13.21. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, aplicando a cada um, o valor constante de sua faixa etária na respectiva tabela.

13.21.1. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.

13.22. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

13.23. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

13.24. O valor da remuneração contratual será discriminado em fatura emitida mensalmente pela **CONTRATADA**, baseada nos dados informados pela **CONTRATANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

13.25. A quitação das faturas deverá ser efetuada exclusivamente pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** conforme definido em documento anexo ao Contrato. Caso a **CONTRATANTE** não receba o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo junto à **CONTRATADA** para que não se sujeite à consequência da mora.

Das Disposições Comuns aos Contratos Agrupados e Não Agrupados

13.26. As Taxas mensais *per capita* - constarão de documento anexo ao Contrato e que pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante do mesmo – devendo ser pagas pela cobertura assistencial, sendo cobradas pelo sistema de pré-pagamento.

13.26.1. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da **CONTRATANTE**.



13.27. O valor total da remuneração mensal que a **CONTRATANTE** efetuará à **CONTRATADA**, resultará da multiplicação do número dos beneficiários pelo valor *per capita* vigente no mês considerado, previsto em aditivo contratual, de acordo com o valor da respectiva faixa etária, mediante emissão de faturas.

13.28. Os pagamentos deverão ser feitos até o dia de vencimento pactuado no aditivo contratual anexo. No caso da data de vencimento cair em dia feriado ou que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil subsequente, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outras localidades, também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

13.29. No ato da assinatura do Contrato, e após, a cada inclusão de beneficiário ou de dependente ao plano, a **CONTRATANTE**, pagará à **CONTRATADA** uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido em documento anexo ao presente.

13.30. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, de acordo com o previsto no aditamento contratual.

13.31. O pagamento da Taxa de Manutenção Mensal ou Coparticipação referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

13.32. Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE**, deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculado dia a dia.

13.33. As pessoas jurídicas associadas à **CONTRATANTE** devem efetuar o pagamento da Taxa de Manutenção Mensal (resultado da multiplicação do número de Beneficiários titulares e dependentes por ele(a) inscritos, pelo valor *per capita* vigente, conforme Tabela pactuada entre as partes Contratantes), além dos valores relativos à Coparticipação, à **CONTRATANTE**. O atraso, pela pessoa jurídica associada, no pagamento da Taxa acima descrita até o dia 15 (quinze) de cada mês, implicará na suspensão da cobertura dos atendimentos por parte da **CONTRATADA**, a partir da comunicação formal da **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, até que a pendência seja adimplida. Contudo, caso o atraso ultrapasse 30 (trinta) dias, a pessoa jurídica associada, bem como seus Beneficiários titulares e dependentes serão excluídos do plano ora contratado, após comunicação formal da **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, nos termos da Cláusula Quinta do presente contrato.

13.34. Aplica-se, no que couber, aos Contratos Agrupados, as disposições constantes dos Contratos Não Agrupados.



Cláusula Décima Quarta
DO PRAZO, RENOVAÇÃO E DA RESCISÃO

14.1. O presente contrato vigorará pelo período mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura pelas partes **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

14.1.1. A renovação do presente contrato será automática por prazo indeterminado, isento do pagamento de qualquer taxa ou outro valor em razão da renovação, se não denunciado pelas partes na forma do presente contrato.

14.2. O presente contrato poderá ser rescindido, nas seguintes hipóteses:

- a) Por quaisquer das partes, imotivadamente, somente após o período de 12 (doze) meses de vigência inicial, mediante o aviso prévio por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência;
- b) Por quaisquer das partes, imotivadamente, antes do período de vigência inicial de 12 (doze) meses, mediante o aviso prévio por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência, cumulado com o pagamento de uma multa equivalente ao valor de 2 (duas) Taxas de Manutenção Mensal - valor total das faturas - devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.
- c) Pelo descumprimento das cláusulas deste contrato;
- d) Pelo não pagamento das faturas originadas pela prestação do serviço, na data de vencimento pactuado entre as partes, operando-se da seguinte maneira: a partir do 10º (décimo) dia de atraso a cobertura assistencial aos Beneficiários ativos inscritos no plano prestada pela **CONTRATADA** serão **SUSPENSOS** e, a partir do 30 (trigésimo) dia de atraso operar-se-á a rescisão/resolução automática do contrato, sejam por atrasos consecutivos ou alternados.

14.3. No caso de cancelamento do contrato, a **CONTRATADA**, terá o direito de cobrar do beneficiário os dispêndios relativos à coparticipação e à franquia, decorrentes da utilização dos serviços assistenciais cobertos pelo mesmo.

14.4. Em caso de cancelamento do presente contrato, será garantida a possibilidade dos beneficiários titulares migrarem para um plano de contratação individual/familiar, com o aproveitamento das carências cumpridas no presente contrato, sendo certo que, as taxas previstas para os planos de contratação individual/familiar serão aquelas vigentes na data da opção, de acordo com as respectivas faixas etárias previstas na modalidade de contratação individual/familiar, desde que não tenha havido interrupção do presente contrato e mediante condição abaixo, cumulativamente:

14.4.1. O oferecimento dessa garantia aos beneficiários titulares inscritos no presente contrato, fica condicionado a situação da **CONTRATADA** em manter um produto individual e familiar, devidamente registrado na ANS.



Cláusula Décima Quinta
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

15.2. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas APENAS POR ADITAMENTO AO CONTRATO, DESDE QUE NÃO VIOLE AS DISPOSIÇÕES LEGAIS E NORMATIVAS DA ANS.

15.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes **CONTRATANTES**.

15.4. Nos termos da legislação vigente que regulamenta a matéria, as partes **CONTRATANTES** se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM nº 1.246 de 08 de janeiro de 1.988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

15.5. A inserção de mensagens nos avisos bancários de pagamento das mensalidades ou correspondências anexas a esta, serão consideradas, para todos os efeitos, como forma inequívoca de comunicação aos beneficiários, acerca de assuntos relativos à presente contratação.

15.6. Este contrato, bem como os demais documentos dele integrantes, acham-se devidamente protocolados e arquivados na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

15.7. Fazem parte do contrato todos os documentos entregues ao **CONTRATANTE** e/ou ao Beneficiário, que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, tais como proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, Declaração de Saúde, Guia de Leitura Contratual, Manual de Orientação ao Beneficiário, Guia Médico, entre outros.

Cláusula Décima Sexta
DA ABRANGÊNCIA

16.1. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é de GRUPO DE MUNICÍPIOS e inclui os municípios de Jales, Mirassol, Santa Fé do Sul e São José do Rio Preto localizados no estado de São Paulo e, Cassilândia e Paranaíba, localizados no estado do Mato Grosso do Sul.

Cláusula Décima Sétima
DO FORO

17.1. As partes elegem o Foro da Comarca da sede da **CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.



E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes **CONTRATANTES** firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assistidas por duas testemunhas.

São José do Rio Preto, 01 de agosto de 2018.

O (A) **CONTRATANTE**: _____

(Presidente e 1º Tesoureiro)
**ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL
DE ILHA SOLTEIRA - ACEIS**

A **CONTRATADA**: _____

**BENSAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
HOSPITALAR LTDA**

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:
Data de Nascimento: ___/___/_____

Nome:
RG:
CPF:
Data de Nascimento: ___/___/_____

