

Guia Contratual - Pequenas e Médias
Empresas (PME)



BioSaúde

É COM GRANDE SATISFAÇÃO QUE APRESENTAMOS O GUIA CONTRATUAL COM PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SEU CONTRATO. ESTA É MAIS UMA DAS MEDIDAS VISANDO A SATISFAÇÃO DE SEUS BENEFICIÁRIOS E EMPRESAS CLIENTES POR MEIO DA OFERTA DE SOLUÇÕES PERSONALIZADAS PARA VOCÊ E SUA EMPRESA. BOA LEITURA!

1. Qual o tipo de contratação do contrato? Qual a sua duração?

Trata-se de contratação de planos de assistência à saúde médica na modalidade **Coletivo Empresarial** para as pequenas e médias empresas, com número de beneficiários entre **2 e 99**.

Isto é, trata-se de um contrato entre a **Bio Saúde Serviços Médicos Ltda** e a Pequena ou Média Empresa, contratado pelo representante legal da empresa, para ele mesmo e seus funcionários.

O Contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com renovação automática por prazo indeterminado a partir de então, caso não haja manifestação pela rescisão por qualquer das partes.

As Condições Gerais dos Contratos de Assistência à Saúde estão disponíveis para consulta e download no portal da **Bio Saúde**, no seguinte endereço eletrônico: www.biosaude.med.br.

2. Quais as coberturas do contrato e onde posso ser atendido?

O seu plano de saúde possui a segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar com obstetrícia. Isto quer dizer que você terá cobertura para todos os procedimentos descritos no ROL de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde – ANS (RN 465/2021 e seus anexos), durante os atendimentos de urgência e emergência, consultas, exames e terapias, internações clínicas e cirúrgicas e parto, após o cumprimento dos prazos de carência e período de cobertura parcial temporária, se existentes.

Os atendimentos serão prestados pela rede assistencial credenciada da Operadora, dentro da abrangência geográfica contratada.

Os prestadores de serviços que compõem a rede assistencial da Operadora estão divulgados no portal da Bio Saúde de acordo com o plano contratado e tipo de atendimento prestado (consulta, exames, terapias, internação, etc.).

A abrangência pode ser de Grupo de municípios (direito a atendimento nos municípios descritos na Proposta de Contratação e/ou no contrato).

3. Quais as exclusões de coberturas do contrato?

Não serão cobertos pelo seu contrato:

- a) Procedimentos não previstos no Rol da ANS.
- b) Procedimentos não solicitados por médico ou cirurgião-dentista.
- c) Procedimentos indicados para pacientes que não preencham as diretrizes clínicas e de utilização da ANS (RN 465/2021 e seus anexos).
- d) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

f) Inseminação artificial.

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

h) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.

i) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para os casos de cobertura de medicamentos antineoplásicos orais e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.

j) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

k) Tratamentos ilícitos ou antiéticos.

l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

m) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

4. Quem pode ser beneficiário do contrato?

Os beneficiários são as pessoas que podem ser incluídas no contrato.

Poderão ser incluídos no seu contrato coletivo empresarial os funcionários (vínculo empregatício), os estagiários, menores aprendizes, administradores e/ou sócios da pessoa jurídica contratante.

Estas pessoas serão consideradas beneficiários titulares e poderão optar pela inclusão de seus dependentes, desde que permitido em contrato.

5. Quem pode ser beneficiário dependente?

São considerados dependentes as pessoas físicas incluídas neste contrato pelo beneficiário titular, limitando-se a:

- a) O cônjuge do Beneficiário Titular.
- b) O(a) companheiro(a) do Beneficiário Titular (do mesmo sexo ou sexo oposto), na forma estabelecida pelo Código Civil.
- c) Os enteados(as), filhos(as) naturais ou adotivos(as), solteiros(as), até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias), ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade.
- d) Os (as) tutelados (as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

6. Quais os documentos necessários para solicitar a inclusão no plano de saúde?

Para Beneficiários Titulares

a) Funcionários com vínculo empregatício:

a1) Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou

a2) Cópia da Carteira de Registro Profissional; ou

a3) Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal da empresa e apresentação do termo de responsabilidade de registro.

b) Para sócios e administradores: Documento societário comprobatório do vínculo com a **Contratante**.

c) Para estagiários e menores aprendizes: Contrato de estágio ou de aprendizagem com o respectivo prazo de validade.

Para Beneficiários Dependentes:

d) Cônjuge: Certidão de casamento.

e) Companheiro(a) do mesmo sexo ou de sexo oposto: Escritura Pública de Declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou Declaração Padrão fornecida pela Bio Saúde na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou Certidão de nascimento de filho em comum.

f) Filho(a): Certidão de nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de nascimento e documento de adoção; para filho(a) inválido(a), laudo médico comprobatório recente da incapacidade permanente.

g) Tutelado(a) e menor sob guarda: Certidão de nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de tutela ou guarda.

h) Enteadado(a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão de casamento ou documentos exigidos como comprovantes do vínculo de união estável.

7. Quais os prazos de carência do seu contrato?

Carência é o período durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários será exigido o cumprimento dos prazos de carência constantes na tabela a seguir, que terão início a partir da data de inclusão do beneficiário no plano.

TABELA DE CARÊNCIAS BIO SAÚDE

ITENS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS CONTRATO
1	Atendimentos de Urgência/Emergência	24 horas
2	Consultas Médicas e Exames Simples	30 dias
3	Exames de Baixa Complexidade	180 dias
4	Exames Especiais	180 dias
5	Exames de Alta Complexidade	180 dias
6	Transplantes e Internações	180 dias
7	Partos a Termo	300 dias
8	Cobertura Parcial Temporária	24 meses

Os períodos de carência poderão ser reduzidos de acordo com a Proposta de Redução de Carência e devem observar os prazos estabelecidos na referida proposta, de acordo com o número de beneficiários participantes do Contrato.

Existem quatro tipos de Carência Promocional, um tipo para cada cliente/contrato.

Além da Carência Promocional, os beneficiários que advirem de outras Operadoras poderão ter uma Redução Especial de Carência, caso sejam preenchidos os critérios de permanência e compatibilidades dos planos anteriores. Os critérios para a Redução Especial de Carência estão descritos detalhadamente na Proposta de Redução de Carência.

As inclusões de beneficiários durante a vigência do contrato, após os 30 dias da celebração do contrato ou após 30 dias da admissão do beneficiário na empresa contratante estarão sujeitas aos prazos da Tabela de Carência da Bio Saúde.

Para os contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais não será exigido o cumprimento dos prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário no plano ocorra em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da data de sua admissão na empresa contratante. As inclusões após esse prazo estarão sujeitas aos prazos da Tabela de Carência da Bio Saúde.

8. Como são as regras de carência do beneficiário dependente?

Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários: Aos beneficiários dependentes, será aplicada a carência atribuída ao contrato na sua contratação, observadas as mesmas regras de Carência Promocional e Redução Especial de Carência aplicada ao titular. Porém, caso a inclusão do beneficiário dependente seja solicitada após 30 (trinta) dias da data do evento que deu causa à relação de dependência (data do nascimento, do casamento, etc) ou da data de início do contrato, será aplicada a Tabela de Carência Bio Saúde apresentada na pergunta 7.

Para os contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais: Aos beneficiários dependentes também será aplicada a isenção de carência, quando incluído junto com o beneficiário titular em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da data de sua admissão na empresa contratante. O beneficiário dependente estará sujeito ao cumprimento de carência nos casos em que sua inclusão seja solicitada após os 30 (trinta) dias da data do evento que deu causa à relação de dependência (data do nascimento, do casamento, etc.) ou ingresse junto com o beneficiário titular fora dos prazos de isenção.

9. O que é CPT? Qual os limites de cobertura decorrentes da CPT?

CPT significa Cobertura Parcial Temporária e corresponde à suspensão pelo prazo de até 24 meses de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

Assim como a carência, o cumprimento do período de CPT não é exigido para os contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais, exceto para os casos de inclusão do beneficiário titular no contrato após 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da data de sua admissão na empresa contratante. Aos beneficiários dependentes poderá ser exigida a CPT quando forem incluídos conjuntamente com o titular após os prazos citados ou após os 30 dias do evento que deu causa à relação de dependência.

Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, sempre haverá exigência de CPT para as doenças ou lesões declaradas.

10. Como faço para utilizar o plano de saúde?

Para utilizar as coberturas assistenciais na Credenciada da Bio Saúde, será necessária a apresentação da Carteira de Identificação do Beneficiário na Operadora, física ou digital, com a devida identificação oficial com foto. Na falta da Carteira de Identificação do Beneficiário para atendimento na Rede Própria ou Credenciada, temos à disposição a opção de carteira virtual, que poderá ser obtida por meio do aplicativo disponível no aplicativo Bio Saúde.

Na falta da Carteira de Identificação Física ou digital, a apresentação do número da Carteira garante o direito ao atendimento. O número da Carteira de Identificação pode ser consultado na Central de Atendimento, no SAC e também está disponível no verso da Carteira de Identificação física e digital.

A Carteira de Identificação Física também será enviada por correspondência, embora não seja obrigatória para o uso dos serviços contratados.

Para procedimentos especiais, terapias, internações clínicas e cirúrgicas, será necessária autorização prévia da Operadora, que pode ser emitida no portal da Operadora e nas Agências de Atendimento divulgadas também no portal da operadora. Em caso de dúvidas, consulte os canais de atendimento divulgados no portal.

11. Como é o pagamento das mensalidades do seu plano de saúde?

As mensalidades do seu contrato são preestabelecidas, ou seja, há um valor prefixado correspondente a um período de cobertura. Este período independe do dia de vencimento da sua mensalidade.

Os valores são prefixados de acordo com a faixa etária e o faturamento será efetuado com base no total de beneficiários (titulares e dependentes) ativos e com data de início no mês referente ao faturamento em curso, respeitando o número mínimo de vidas para o faturamento mensal, que será realizado com base na primeira faixa etária do plano contratado com beneficiários ativos e que possua o menor valor de mensalidade.

Para contratos com 2 a 29 beneficiários, o faturamento mínimo será de 2 (dois) beneficiários. Para contratos com 30 beneficiários ou mais, o faturamento mínimo será de 30 (trinta) beneficiários.

Isto quer dizer que, quando houver solicitação de exclusão que implique o esvaziamento total do contrato ou que reste em número inferior ao faturamento mínimo, a empresa contratante se obrigará ao pagamento mensal correspondente ao número mínimo de beneficiários.

Os valores da sua mensalidade serão reajustados por mudança na faixa etária (aniversário) dos beneficiários e, anualmente, em razão da variação de custos médicos hospitalares e da sinistralidade decorrente da assistência à saúde prestada.

Os boletos para pagamento estão disponíveis 15 dias antes do vencimento no portal da operadora, na área logada da contratante. (pme online).

12. Como é aplicado o reajuste por faixa etária?

O valor da mensalidade será reajustado sempre que ocorrer mudança de faixa etária do beneficiário (aniversário). O reajuste observará o percentual correspondente às faixas etárias identificadas.

Os percentuais de reajuste para cada faixa etária variam de acordo com o plano contratado e estão disponíveis nas Condições Gerais do seu contrato, no portal da Operadora.

Ex.: O beneficiário que ingressou no plano com 18 anos terá reajuste por faixa etária ao completar 19 anos, outro reajuste ao completar 24, o próximo reajuste ao completar 29, e assim consecutivamente.

FAIXAS ETÁRIAS	0 a 18 anos
	19 a 23 anos
	24 a 28 anos
	29 a 33 anos
	34 a 38 anos
	39 a 43 anos
	44 a 48 anos
	49 a 53 anos
	54 a 58 anos
59 anos ou +	

13. Como é aplicado o reajuste anual?

Das empresas até 29 (vinte e nove) beneficiários participantes ao Agrupamento de Contrato RN309

Participarão do agrupamento todos os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, para efeito de apuração de um único índice de reajuste a ser aplicado anualmente às contraprestações pecuniárias dos contratos pertencentes ao agrupamento. A aplicação do índice único de reajuste para as empresas integrantes do agrupamento ocorrerá sempre no mês de aniversário do contrato, no período de maio a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

Das empresas acima de 30 (trinta) beneficiários participantes ao Agrupamento de Contratos

Os contratos acima de 30 (trinta) beneficiários e que durante a vigência do contrato alcançarem até 249 (duzentos e quarenta e nove) beneficiários serão reajustados por agrupamentos. A inclusão da empresa Contratante ao seu respectivo agrupamento se dará no mês de aniversário do contrato, compreendido pelo período de apuração do percentual de reajuste, de acordo com a quantidade de beneficiários contida em um dos intervalos estipulados ou a quantidade de beneficiários inscritos na massa inicial no caso de apuração menor do que 12 meses. A apuração para cada Agrupamento de Contratos resultará em um índice de reajuste que vai tomar por base as receitas e despesas observadas nos 12 (doze) meses que antecedem o mês de cada agrupamento de contratos, considerando-se uma defasagem de até 6 (seis) meses, contados a partir do mês da apuração inclusive.

As informações detalhadas do reajuste e as respectivas fórmulas estão discriminadas nas condições gerais do seu contrato, disponível no portal da operadora, bem como poderão ser identificadas no extrato pormenorizado de reajuste aplicado ao seu contrato, disponibilizado no portal da operadora, na área privada da pessoa jurídica contratante.

14. O que ocorre se houver atraso no pagamento da mensalidade?

Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias em prazo superior a 8 (oito) dias, os Beneficiários terão as coberturas suspensas até que sejam quitados os valores devidos, acrescidos dos encargos de mora pactuados. Após o pagamento e a devida comprovação, a cobertura dos serviços será restabelecida em até 3 (três) dias úteis.

O atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias acarretará a incidência de multa de 2% (dois por cento), além de atualização com base na variação acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) ou do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou, na sua falta, por outro índice estabelecido pelas partes contratantes que reflita a inflação do período, além de juros moratórios, na razão de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, incidente sobre o valor atualizado. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para o pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente.

No caso de inadimplência pela Contratante por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de contrato, o contrato poderá ser rescindido pela Bio Saúde e o saldo em aberto será cobrado por empresa terceirizada.

A suspensão e rescisão decorrentes de inadimplência, de acordo com os prazos informados, ocorrerão independentemente de notificação prévia. A suspensão por inadimplência não exime a responsabilidade do beneficiário pelo pagamento do valor correspondente ao período de atraso da mensalidade.

15. Além da inadimplência, em quais outras hipóteses o contrato pode ser rescindido?

O contrato pode ser rescindido motivadamente, ou seja, nas hipóteses em que uma das partes der causa à rescisão, identificadas como:

a) Inadimplência acima de 30 dias, consecutivos ou não, independentemente de prévia notificação; e

b) Hipótese de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas da contratante, ou de omissão de informações que possam influir na aceitação do Contrato, ou, ainda, para auferir vantagens próprias ou para seus Beneficiários.

O Contrato também poderá ser rescindido imotivadamente (sem razão específica) por qualquer das partes, desde que respeitado o prazo inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação escrita a ser enviada pela parte que deseja rescindir, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Caso as partes rescindam imotivadamente antes de transcorrido o prazo inicial de 12 (doze) meses, ficarão sujeitas ao pagamento de multa rescisória de valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades a vencer, calculada pela média dos 6 (seis) maiores faturamentos cobrados até a data da efetiva rescisão.

16. Onde estão descritas as regras de coparticipação?

As regras de coparticipação estão descritas nas condições gerais de cada plano, disponíveis para download no portal da Bio Saúde: **www.biosaude.med.br**. Os valores de coparticipação variam de acordo com o plano contrato.

Em caso de dúvidas, utilize os canais de atendimento informados neste Guia.

16.1. Os procedimentos realizados em prestadores específicos, conforme constante da Tabela de Coparticipação Bio Saúde, divulgada na área logada do beneficiário no portal da operadora, serão agravados e deverão ser cobrados, conforme o disposto na Tabela, parte integrante deste contrato.

17. Quais os canais de atendimento à empresa contratante e aos beneficiários vinculados ao contrato?

A empresa contratante poderá entrar em contato pelo telefone (11) 3622-0140 (SAC 24 horas).

Aos beneficiários vinculados ao Contrato, a Bio Saúde disponibiliza vários canais de atendimento para obtenção de informações específicas do seu plano de saúde (indicação de rede para atendimento, autorizações, cobertura contratual, marcação de consultas e demais serviços).

Os canais de atendimento são SAC 24 horas: 11 3622-0140, portal da operadora (www.biosaude.med.br) e aplicativo Bio Saúde.

Esperamos que os assuntos tratados tenham colaborado para a melhor compreensão dos termos contratados e facilitado a utilização dos nossos serviços sempre que necessário.

Este Guia de Orientações não tem caráter vinculativo e não substitui as informações constantes do contrato (condições gerais) e da proposta.

Estamos à sua disposição em nossos canais de atendimento.

Bio Saúde Serviços Médicos Ltda



BioSaúde