



BioSaúde

CONDIÇÕES
GERAIS **PME**



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALAR REGISTRADO EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 9.656 DE 03/06/98 E A LEGISLAÇÃO SUPERVENIENTE

COLETIVO EMPRESARIAL - REFERÊNCIA

TIPO DE CONTRATAÇÃO E SEGMENTAÇÃO - REFERÊNCIA

TERMOS CONTRATUAIS.....	02
DO OBJETO.....	07
DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO.....	07
DA SEGMENTAÇÃO DO PLANO CONTRATADO.....	07
DA MODALIDADE DO PLANO.....	07
DO TIPO DE ACOMODAÇÃO DO PLANO CONTRATADO.....	08
DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA.....	09
DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO.....	09
DOS BENEFICIÁRIOS.....	09
DOS FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA OU DESLIGADOS POR MOTIVO DE APOSENTADORIA.....	12
DAS COBERTURAS CONTRATADAS.....	13
DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS.....	23
DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS - EXCLUSÕES.....	25
DO REEMBOLSO.....	26
DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS FORA DO PRAZO LEGAL.....	27
DAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS.....	31
DAS MENSALIDADES EM ATRASO E DA RESCISÃO DO CONTRATO.....	37
DAS DIVERGÊNCIAS MÉDICAS - SEGUNDA OPINIÃO E JUNTA MÉDICA.....	39
DA DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE.....	39
DA ALTERAÇÃO DESTE CONTRATO.....	40
DISPOSIÇÕES GERAIS.....	40
FORO ELEITO.....	42

TERMOS CONTRATUAIS/ DEFINIÇÕES

Os termos abaixo, para os efeitos deste Contrato, tem as seguintes definições:

Admissão do Associado - É a admissão formal, pela **CONTRATADA**, do Proponente à condição de Beneficiário.

Acidente Pessoal - É o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico, excetuando-se os casos de acidente de trabalho, nos termos da lei;

Acidente do trabalho - Qualquer acidente que ocorra ao trabalhador, entre o trajeto direto da sua casa para o trabalho, durante o trabalho e trajeto direto do trabalho para sua casa, que se origine por um acidente inesperado não intencional e não causado por negligência, imperícia ou dolo. Segundo as Resoluções SS 60, de 17/02/92, e SS 234, de 31/07/92, acidente de trabalho é de notificação compulsória.

Agravo - Qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes tenham direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declaradas, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o(a) **CONTRATANTE**. O Agravo será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa do percentual ou valor do Agravo e do período de vigência do Agravo.

Área de Abrangência - região geográfica, expressa em municípios, que delimita a área de atuação, atendimento e abrangência do plano contratado.

Atendimento em Pronto-Socorro - Atendimento em caráter de urgência ou emergência.

Beneficiários - são o Titular e seus Dependentes, efetivamente incluídos no Contrato, desde que aceitos pela **CONTRATADA**.

Carência - é o período de tempo a ser cumprido pelo beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contados a partir da data de início de vigência do Contrato.

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - Intervenção cirúrgica que atinge a face, de maneira que não possa ser tratada clinicamente, aqui se inclui toda e qualquer restauração, reparação ou qualquer tipo de cirurgia que inclua os ossos da face, abrangendo também a parte odontológica.

Cirurgia Plástica Estética de Embelezamento - São cirurgias de correção de defeitos estéticos não provenientes de acidentes ou agentes externos (Ex: desvio de septo hipertrofia e/ou hipotrofia mamaria, próteses para fins estéticos, orelha de abano, etc.).

Cirurgia Plástica Estética e Reparadora - Cirurgias plásticas estéticas de retificação de patologias, tais como: colpoperineoplastia anterior e/ou posterior e doenças dermatológicas de comportamento tumoral.

Cirurgia Plástica Restauradora - são aquelas consideradas indispensáveis para a reparação das funções de um membro ou órgão, alterados em decorrência de acidente pessoal comprovado.

Co-participação - parte efetivamente paga pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, por ocasião da realização de determinados procedimentos.

Cobertura - é a garantia, dada ao beneficiário, da cobertura das despesas médicas e/ou hospitalares previstas neste contrato, respeitado os limites, carências e exclusões do Plano Contratado.

Cobertura parcial temporária - período de 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não tem cobertura integral, havendo, neste período, exclusão de coberturas de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e **Consulta** - Procurar um médico a respeito de uma queixa pessoal sobre sintoma específico, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e constante da Classificação do Código Internacional de Doenças. Trata-se, portanto, de parecer emitido por profissional médico com a finalidade de determinar diagnóstico e indicação do tratamento a ser seguido pelo paciente.

Contratada - é a **BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 03.123.146/0001-12, com sede na cidade de São Paulo/SP, na Av. Cândido Portinari, nº 341, Vila Jaguará, CEP 05114-000 e no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob n.º 924872, com registro ANS sob n.º 402966, que assume os riscos inerentes às coberturas previstas neste Contrato, nos termos adiante estabelecidos.

Contratante - é a pessoa física/proponente que celebra o contrato com a CONTRATADA, responsabilizando-se pelo pagamento das mensalidades e pelas declarações constantes na proposta de adesão contratual e da declaração de saúde.

Credenciado - são todos os prestadores de serviços médicos e/ou hospitalares que mantém acordo operacional com a **CONTRATADA**.

Despesas Cobertas - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela **CONTRATADA**, de acordo com o estabelecido neste contrato.

Despesas não cobertas (Exclusões) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos excluídos do presente Contrato, bem como aqueles que excedam o estabelecido no mesmo, conforme determina a Lei nº 9.656 de 03/06/98 e sua regulamentação.

Direcionamento - é o prestador de serviço (hospital, clínica, laboratório, médico, etc.) estabelecido previamente pela **CONTRATADA** que realizará o atendimento do beneficiário; nos casos de direcionamento o atendimento será realizado exclusivamente no local indicado pela **CONTRATADA**.

Doença - Qualquer perturbação das condições físicas do beneficiário, caracterizada como alteração do estado de saúde, que necessite de tratamento médico e não se enquadre na definição de Acidente Pessoal.

Doença Preexistente - Aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na Resolução Normativa nº 162, de 17.10.2007 ou legislação superveniente.

Emergência - Como tal definido os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Evento - É toda ocorrência e/ou serviço de assistência médica e/ou hospitalar, que tenha por origem, causa ou mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário, decorrente de Doença ou Acidente Pessoal, ocorrido após o início de vigência do Contrato. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica ou com o abandono do paciente ao tratamento.

Exames de Análises Clínicas de Rotina - Dosagens de determinados padrões do paciente, podendo ser de sangue, urina, fezes, líquor e outros líquidos e produtos corporais.

Fatura Mensal - É a quantia, em moeda corrente, devida, mensal e antecipadamente paga, pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.

Ficha de Adesão Contratual - É o documento onde o **CONTRATANTE** informa a adesão de seus beneficiários, inclusive com referência as adesões que ocorrerem durante a relação contratual.

Internações Hospitalares Cirúrgicas - São aquelas decorrentes de eventos que necessitem de ato cirúrgico.

Internações Hospitalares Clínicas - São aquelas decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, necessitem de internação hospitalar, sem, contudo, exigir ato cirúrgico.

Moléstias Profissionais - Qualquer doença em que a profissão atual ou anterior do indivíduo tenha contribuído para a sua existência, ex: Siderose (metalúrgico), Silicose (vidraceiro), Antracose (carvoeiro), Plumbose (bateria automotiva), Lombociatalgia (motorista), L.E.R. /D.O.R.T (digitadores), Otites (telefonistas), etc. Segundo as Resoluções SS 60, de 17/02/92, e SS 234, de 31/07/92, são de notificação compulsória.

Nota Técnica Atuarial - Conjunto de especificações técnicas, atuariais e estatísticas que estabelecem os critérios de mensuração do risco, taxação, carregamentos, taxa de juros, critérios de reversão de excedentes e constituição de provisões dos planos de assistência à saúde comercializada pela **CONTRATADA**.

Orientador Médico - É a relação de prestadores de serviços médicos e/ou hospitalares pertencentes à Rede Credenciada, podendo sua utilização ser diferenciada de acordo com o plano contratado.

Plano Contratado - É a opção dada ao **CONTRATANTE**, apresentada em forma de Contrato, diferenciada nos direitos e obrigações específicas, estabelecidas nas Condições Gerais e Particulares, quando houver, em conformidade com o plano escolhido.

Procedimentos - São todos os atos médicos ou paramédicos que tenham por finalidade a manutenção ou a recuperação da saúde do beneficiário, podendo ser praticado em regime ambulatorial ou hospitalar, obedecendo à tabela que a **CONTRATADA** mantém com seus prestadores de serviços.

Proposta de Adesão Contratual - É o documento formal e legal, que contém todos os dados e informações cadastrais do **CONTRATANTE**, preenchido e assinado pelo representante legal, apresentado para análise da **CONTRATADA**.

Rede Credenciada - é o grupo de prestadores de serviços médicos e/ou hospitalares credenciados pela **CONTRATADA**.

Rede Referencial - são os locais de atendimento previamente determinados pela **CONTRATADA**, dentro da rede credenciada.

Reembolso - é o valor a ser reembolsado pela **CONTRATADA** pelas despesas cobertas pelo plano, para cada procedimento, unicamente para os casos de urgência e emergência quando comprovados o risco eminente de vida, e ocorridos dentro dos limites de abrangência geográfica, quando da impossibilidade comprovada de utilização dos serviços da rede credenciada da **CONTRATADA**, estando o reembolso vinculado a Tabela utilizada com a rede credenciada de procedimentos médico-hospitalares.

Sessão - Espaço de tempo durante o qual, se realiza um tratamento ou terapia quer seja através da administração de medicamentos, quer seja através de meios físicos (por exemplo: fisioterapia) quer seja através de comunicação verbal, por exemplo: (sessões de psiquiatria). Portanto, não podendo ser confundida com consulta médica, que tem finalidade de diagnóstico e estabelecimento de tratamento a ser realizado.

Sinistro - é o termo que define o acontecimento do evento previsto no contrato.

Transplantes - Tecido ou órgão retirado cirurgicamente de qualquer lugar de um corpo e colocado em outro corpo.

Tratamento Psiquiátrico - Cuida das origens, do diagnóstico, da prevenção e do tratamento de transtornos mentais e emotivos e, por extensão, de muitos problemas de adaptação pessoal, abrangendo também campos especiais, como o retardamento mental e psiquiatria legal.

Tratamento Terapêutico - Aplicação de medidas visando o tratamento da doença.

Unidade de Serviço Saúde (U.S.S.) - é o fator, representado em Reais, com reajuste programado para as mesmas datas e proporções dos reajustes das mensalidades. A Unidade de Serviço Saúde (U.S.S.) tem por finalidade servir de base para o cálculo de franquias e reembolsos referentes às despesas médico-hospitalares cobertas de acordo com a opção contratual, sendo considerada para esta situação a Unidade de Serviço Saúde (U.S.S.) praticada na data do atendimento.

Urgência - Assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Pelo presente instrumento particular contratual e na melhor forma de direito, que entre si fazem de um lado **BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 03.123.146/0001-12, com sede na cidade de São Paulo/SP, na Av. Cândido Portinari, nº 616, Vila Jaguará, CEP 05114-000 e no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob n.º 924872, com registro ANS sob n.º 402966, classificada como Medicina de Grupo, nos termos da Lei Federal 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação, doravante denominada **CONTRATADA**, e de outro lado a EMPRESA, identificada e qualificada na Proposta de Contratação, neste ato representada nos termos dos seus atos constitutivos e doravante denominada Contratante e quando em conjunto, denominadas Partes, resolvem firmar o presente CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, que será regido pelas seguintes cláusulas, condições gerais e especiais:

1 - DO OBJETO

1.1 O presente Contrato tem por objetivo garantir, na forma definida em suas cláusulas, em conformidade com a Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação, a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro a assistência médico-hospitalar, de todo o Rol de Procedimentos editado pela ANS e com cobertura para todas as doenças descritas no CID-10, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, exclusivamente integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, aos beneficiários com vínculo empregatício da **CONTRATANTE** abrangido por este contrato, quando atingidos por eventos mórbidos e aleatórios.

2 - DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.1 O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de bilateralidade, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, em consonância com o disposto nos artigos 475, 476, 477 e 472 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), considerando-se, ainda, está avença um contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 da mesma Lei, assumindo o (a) BENEFICIÁRIO (A), o risco de não existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la. Outro sim, este contrato se sujeita às normas estatuídas pela Lei Federal nº 9656, de 03 de junho de 1998, às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 e a legislação específica que vier a sucedê-la.

3 - DA SEGMENTAÇÃO DO PLANO CONTRATADO

3.1 A **CONTRATADA** se compromete a prestar aos beneficiários da **CONTRATANTE**, regularmente indicados, assistência médico-hospitalar na segmentação Referência nos termos deste contrato, através de serviços próprios e credenciados.

4 - DA MODALIDADE DO PLANO

4.1 A modalidade do plano de assistência à saúde ora contratado é a da **CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL** entendida por aquela que tem adesão dos beneficiários com vínculo empregatício ou estatutário indicados pela **CONTRATANTE**.

4.2 Os beneficiários cumprirão períodos de carência estabelecidos no presente contrato, bem como os períodos de cobertura parcial temporária e dos períodos de carências descritos na cláusula 14. Ficamos estipulados que diante da presente contratação se o número de beneficiários for maior ou igual a 30 (trinta), não haverá a incidência da cobertura parcial temporária ou o agravo, nem a incidência dos períodos de carência.

4.3 Fica expresso que será de responsabilidade da **CONTRATANTE** o financiamento total do plano contratado, ressalvado que a **CONTRATANTE** assume o compromisso de pagar o valor integral devido à **CONTRATADA**.

5 – DO TIPO DE ACOMODAÇÃO DO PLANO CONTRATADO

5.1 Em se tratando de um plano cuja segmentação assistencial é **Referência**, o padrão de acomodação será coletivo, cuja cobertura de atendimentos ambulatoriais, hospitalares, cirúrgicos, obstétricos, de acordo com as condições gerais e especiais estabelecidas neste contrato, com acomodação em quarto coletivo (enfermaria – dois ou mais leitos) e rede referencial/credenciada diferenciada e direcionada, conforme discriminada em Orientador Médico.

5.2 A assistência será prestada com exclusividade pelos serviços da própria **CONTRATADA** ou através dos serviços por ela credenciados, cuja utilização será diferenciada, de acordo com o plano contratado, reservando a **CONTRATADA** o direito de alterar, substituir, acrescentar ou excluir, a seu critério e a qualquer tempo, a rede de credenciados contratados, prestadores dos serviços médicos, de diagnóstico e/ou hospitalares e exames descritos no presente contrato, necessários ao atendimento dos beneficiários vinculados à **CONTRATANTE**.

5.2.1 É facultada a substituição de entidade hospitalar credenciada, desde que por outra equivalente e mediante comunicação à **CONTRATANTE** e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias ou fiscais em vigor.

5.2.2 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA**, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

5.2.2.1 Excetuam-se do previsto acima os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

5.3. Os prestadores de serviços médicos e hospitalares, de que trata a cláusula 5.2., terão seus nomes, endereços e especialidades relacionados em Orientador Médico e/ou site da **CONTRATADA - www.biosaude.med.br** – o qual será divulgado aos beneficiários. As alterações que eventualmente ocorrerem serão informadas periodicamente através de correspondência específica e atualização do site.

6 - DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO E ÁREA DE ATUAÇÃO

- 6.1. A abrangência geográfica e a área de atuação de um plano pode ser municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional e estará definida na Proposta de Contratação, parte integrante e indissociável do presente Contrato.
- 6.2. A área de atuação do plano contratado estará definida na Proposta de Contratação.

7 - DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

- 7.1. O presente Contrato vigorará pelo período de 12 meses, contados a partir da data da sua assinatura.
- 7.2. A renovação do contrato, passado o prazo estipulado de vigência do contrato, em não havendo manifestação contrária das partes contratantes, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, será automática e por prazo indeterminado.
- 7.3. Não haverá, pela **CONTRATADA**, a cobrança de taxas ou qualquer outro valor do **CONTRATANTE** no ato da renovação do presente contrato.

8 - DOS BENEFICIÁRIOS

- 8.1. São considerados beneficiários, para os fins indicados neste instrumento:

I - Na condição de titular: os (a) diretores (as) e os (as) funcionários (as), com vínculo ativo com a CONTRATANTE;

II - Na condição de dependentes:

- a) O cônjuge civilmente casado com o beneficiário (a) titular;
- b) O (A) companheiro (a) do beneficiário (a) titular, havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) O (A) filho (a), natural ou adotivo, solteiro (a) que permanecer sob dependência econômica do (a) beneficiário (a) titular até completar a maioridade civil ou concluir curso superior, desde que o faça até 49 completos (49 anos, 11 meses e 29 dias);;
- d) O enteado e o menor sob guarda e/ou tutelado judicialmente declarado, nas mesmas condições do (a) filho (a);

- 8.2. A **CONTRATADA** exigirá da **CONTRATANTE**, no ato da inscrição inicial ou quando julgar necessário, a comprovação da relação de dependência, através da exibição dos seguintes documentos:

- a) **Funcionário** – carteira profissional ou ficha de registro de empregado da **CONTRATANTE** ou relação de recolhimento do FGTS atualizada;
- b) **Esposo (a)** – certidão de casamento;
- c) **Companheiro (a)** – carteira de trabalho onde conste a designação e/ou certidão de nascimento de filho(a) em comum;
- d) **Filho (a) solteiro (a) menor** – certidão de nascimento ou termo de adoção;
- e) **Filho (a) solteiro (a) maior que frequente curso superior** – declaração de matrícula e de conclusão do curso, firmada pela instituição de ensino.
- f) **Menor sob tutela** – termo de tutela judicial

- 8.2.1. Será permitida a inclusão de novos funcionários e/ou seus dependentes legais até 30 (trinta) dias do seu registro, em data posterior à assinatura deste instrumento, sem a incidência de carência ou CPT.

- 8.2.2. Caso a **CONTRATANTE** deixe de informar a **CONTRATADA** a inclusão de novo (a) beneficiário (a), fica expressamente ajustado que tal beneficiário não integrará o rol de beneficiários contemplados pelo presente contrato.

8.3 É assegurada a inscrição ao recém-nascido filho natural ou adotivo do beneficiário (a) (titular ou dependente), no plano contratado como dependente, mediante comunicação por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o parto, munido de certidão de nascimento ou termo de adoção registrado em Cartório, desde que tenha nascido na vigência do contrato, isento do cumprimento dos períodos de carência, cobertura parcial temporária ou agravo, obedecendo-se as exclusões e limitações previstas e/ou optadas neste contrato.

8.4 A inscrição do titular e de seus dependentes só terá valor com o expresse pedido de inclusão solicitado pela **CONTRATANTE**.

8.5 A **CONTRATADA** fornecerá aos beneficiários através do seu portal na internet (<https://www.biosaude.med.br/>), carteira de identificação digital, individual e personalizada, onde constarão os dados pessoais, empresa e plano escolhido, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade com foto, é indispensável para qualquer atendimento.

8.6 DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Haverá a perda da condição de beneficiário do plano de assistência à saúde nos seguintes casos.

I - Beneficiário titular

a) Quando cessado o vínculo entre o beneficiário titular e a **CONTRATANTE**, e o mesmo optar por não permanecer no plano, na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, ou inexistir as condições de elegibilidade do artigo 5º. dá RN/ANS nº 195.

b) Quando a **CONTRATANTE** e/ou beneficiário solicitar a sua exclusão do plano;

c) Com a morte do beneficiário.

d) A condição de beneficiário no plano para aposentados e exonerados ou demitidos sem justa causa deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

II - Beneficiários dependentes

a) O cônjuge - a pedido de o beneficiário titular, em razão do término do vínculo conjugal, decorrente de decisão judicial;

b) O (A) companheiro (a) do beneficiário (a) titular - com o desfazimento da união estável, na forma da lei;

c) O (A) filho (a), natural ou adotivo enteado (a) e/ou tutelado (a) - ao completar a maioridade civil ou concluir o ensino superior ou casar.

d) com a perda do vínculo com o beneficiário titular;

e) com a morte do beneficiário;

f) quando solicitar a exclusão, através de pedido expresse assinado pelo beneficiário titular;

g) quando cessado o vínculo existente entre o beneficiário titular e a **CONTRATANTE**, e o mesmo optar por não permanecer no plano, na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98;

8.7 O cancelamento do plano do beneficiário titular implicará no cancelamento do plano dos dependentes, com exceção da hipótese da morte do titular, haja vista subsistir o direito de permanência aos dependentes cobertos pelo plano.

8.8 A **CONTRATANTE** fica obrigada, quando da exclusão do beneficiário, a recolher e devolver à **CONTRATADA** a documentação que possibilite a utilização deste contrato ou declaração equivalente firmada pelo beneficiário. As exclusões implicarão na perda do direito a partir da data do recebimento, pela **CONTRATADA**, da comunicação por escrito da exclusão expedida pela **CONTRATANTE**.

8.9.1 A despesa decorrente do eventual atendimento prestado após o dependente ter perdido a sua qualidade do beneficiário, em razão do não atendimento ao disposto acima, serão suportados integralmente pelo (a) **CONTRATANTE**.

8.9.2 O beneficiário (titular ou dependente) da **CONTRATANTE**, individualmente, também poderá perder a sua condição de beneficiário, caso dificulte ou impeça qualquer exame ou diligência, necessários à garantia dos direitos da **CONTRATADA**. A perda da qualidade pelo beneficiário titular abrangerá seu grupo familiar.

8.9.3 Da mesma forma haverá a perda da qualidade de beneficiário, se o beneficiário (titular ou dependente), seus familiares, seus acompanhantes ou seus representantes danificar (em) instalações, causar (em) ônus e/ou desacatar (em) funcionários da **CONTRATADA** ou da rede credenciada, no exercício de suas funções. A perda da qualidade pelo beneficiário titular abrangerá seu grupo familiar.

8.10 A exclusão de beneficiários, deverá sempre ocorrer de forma expressa pela **CONTRATANTE**.

9 - DOS FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E/OU DESLIGADOS POR APOSENTADORIA

9.1 Na hipótese de extinção do contrato de trabalho do beneficiário junto a **CONTRATANTE** por motivo de demissão sem justa causa ou aposentadoria, caso opte, terão o direito de permanência nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, inclusive de seus dependentes.

9.1.1 O período de manutenção da condição de beneficiário titular a que se refere o item 9.1 será de um terço do tempo de permanência no plano contratado, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

9.1.2 A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

9.1.3 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde, nos termos do artigo 8º da RN/ANS 279.

9.2 O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

9.3 Fica assegurado ao beneficiário cuja tenha extinto seu contrato de trabalho por aposentadoria, que contribuiu para o presente plano por um período igual ou superior a 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário do plano de saúde por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que este assuma o seu pagamento integral.

9.4 Ao beneficiário titular aposentado, que contribuiu para o presente plano por um período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manutenção de seu plano de saúde, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que este assuma o pagamento integral do mesmo.

9.5 As condições previstas no item 9.1, e seus sub-itens deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

9.6 A exclusão dos ex-empregados e de seus dependentes, dar-se á, automaticamente, com o encerramento ou cancelamento do plano junto a **CONTRATADA**.

10 - DAS COBERTURAS CONTRATADAS

10.1 A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários titulares e dependentes vinculados a **CONTRATANTE**, de acordo com o **PLANO CONTRATADO**, a cobertura ou reembolso de despesas médico-hospitalares e dos procedimentos descritos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época da ocorrência, das especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e das doenças descritas no Código Internacional de Doenças - CID-10, conforme previsto no Manual de Normas Regulamentadoras, mediante a contratação de terceiros, por conta e ordem da **CONTRATANTE** e seus beneficiários, nas formas estabelecidas neste regulamento, conforme abaixo indicadas:

10.2 DAS CONSULTAS, ANÁLISES CLÍNICAS E TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS

10.2.1 Consultas

Serão cobertas as despesas com Consultas Médicas eletivas em consultórios, em número ilimitado, em conformidade com o plano contratado, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, prestadas por clínicos ou especialistas, indicados pela **CONTRATADA**.

10.2.2 Exames para Diagnóstico e Tratamentos Terapêuticos

Serão cobertas as despesas com exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos, em número ilimitado, quando solicitados pelo clínico geral ou por especialista e no local

Determinado pela mesma, acompanhados de prescrição médica (relatório médico completo) e prévia autorização da **CONTRATADA**, observada a opção contratual, bem como as limitações de consultas / sessões de nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicoterapia previstas na legislação vigente e as restrições previstas no Anexo II da Resolução Normativa n. 211/2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou legislação superveniente.

10.2.3 Procedimentos Especiais No Âmbito Ambulatorial

A **CONTRATADA** garantirá, no âmbito ambulatorial, a cobertura dos seguintes procedimentos especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

10.3 DAS CIRURGIAS AMBULATORIAIS, DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DAS REMOÇÕES.

10.3.1 Cirurgias Ambulatoriais

Terão cobertura, de acordo com o plano contratado, as despesas com cirurgias de pequeno porte, previamente autorizadas, realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar, em local, data e médicos determinados pela **CONTRATADA**, observados a opção contratual, sendo que nos casos de urgência ou emergência deve ser observado o disposto na cláusula específica.

10.3.2 atendimentos em Urgência e/ou Emergência

As despesas com atendimentos de urgência e/ou emergência justificados, terão cobertura se realizados dentro da rede referencial em unidades de pronto-socorro geral ou especializados, previamente determinados pela **CONTRATADA** (através de orientador médico, boleto de pagamento ou correspondência específica), ou na impossibilidade justificada de utilização da mesma, nos casos que caracterize risco iminente de vida, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a opção contratual, compreendendo:

- a) Consultas médicas de urgência e/ou emergência;
- b) Atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e/ou emergência, realizados em pronto-socorro;
- c) Curativos, aplicação de injeções e inalações de urgência e/ou emergência;
- d) Medicamentos e materiais cirúrgicos nacionais ou nacionalizados, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro, e de uso específico em pronto-socorro.

10.3.2.1 Entendem-se como casos de **emergência**, aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

10.3.2.2 A impossibilidade de utilização da rede credenciada será demonstrada a **CONTRATADA** pelo (a) beneficiário (a) da **CONTRATANTE** e/ou seu dependente, através de declaração, onde o mesmo justificará os fatos que resultaram tal situação, e acompanhada, se possível, de relatórios médicos e de exames que as comprovem.

10.3.2.3 Os eventos ocorridos durante o período do comprimento de eventual cobertura parcial temporária, decorrentes de Urgência e Emergência, ficam limitados a um período de 12 (doze) horas de atendimento em Pronto Socorro, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos de alta complexidade para fins de diagnósticos ou terapia. Quando necessário, para continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do beneficiário vinculado à **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus à **CONTRATADA**.

10.3.2.3.1 A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, sendo que:

10.3.2.3.1.1 Quando não possa haver remoção por risco imediato de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;

a) Caberá a **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

b) Na remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

c) Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na letra “b” acima, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10.3.2.3.2 Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como de urgência ou emergência e o evento se encontrar dentro do período de carência não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da **CONTRATADA**.

10.3.3 Modalidades ou Forma de Atendimento

a) Pronto Socorro da Rede Referencial - Todos os atendimentos de urgência e /ou emergência deverão ser realizados na rede de hospitais referenciais, observando-se a cláusula 10.3.2.

b) Pronto Socorro da Rede Credenciada não Referencial – Nos casos de atendimento de urgência e /ou emergência na rede credenciada não referencial, reserva-se à **CONTRATADA** o direito de transferir o paciente para um hospital que a mesma determinar.

c) Pronto Socorro da Rede Pública ou Privado integrados ao Sistema Único de Saúde - SUS -Nos casos de atendimentos de Urgência e/ou Emergência em pronto-socorro realizados em unidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, reserva-se à **CONTRATADA**, o direito de não realizar a transferência do paciente e de efetuar auditoria médica técnica para comprovar a existência ou a falta de recursos necessários para o bom atendimento e o bem estar do **CONTRATANTE**; se constatada pela **CONTRATADA** a falta de recursos técnicos para a realização dos atendimentos necessários, será providenciada a remoção para hospital determinado pela **CONTRATADA**, para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

10.3.3.1 Nos casos previstos nas cláusulas acima, quando houver condição de dar continuidade ao tratamento do paciente, mas o mesmo optar pela transferência para um hospital da rede referencial, o mesmo ficará sujeito à liberação de vaga em hospital previamente determinado pela **CONTRATADA**, cabendo o ônus da remoção ao beneficiário (a) vinculado à **CONTRATANTE**.

10.3.4 Remoções

Serão cobertas as despesas com remoção inter-hospitalar do beneficiário, comprovadamente necessária, em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

10.3.4.1 A **CONTRATADA** garantirá a remoção para unidade do SUS, após terem sido realizados procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

10.3.4.2 A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de remoção inter-hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, sendo que:

a) quando não possa haver remoção por risco imediato de vida, o(a) beneficiário(a) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;

b) nos casos decorrentes de acordo de cobertura parcial temporária, em tendo passado as 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, ou em menor período de tempo, caso o médico assistente tenha determinado a internação hospitalar, caberá a **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do (a) beneficiário (a) para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

d) quando o (a) beneficiário (a) ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela unidade do SUS para o qual o(a) paciente foi transferido(a), a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10.3.4.3 A **CONTRATADA**, não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, pela remoção do (a) (s) beneficiário(a)(s), caso este(s) esteja(m) sob alta hospitalar, prescrita pelo médico assistente.

10.4 DAS INTERNAÇÕES

Serão cobertas as despesas médicas decorrentes de internações hospitalares nas especialidades determinadas pela Lei de nº 9.656/98 e sua regulamentação. As internações somente serão autorizadas após avaliação prévia de profissional médico indicado pela **CONTRATADA**. Estes eventos ocorrerão: em hospital e com equipe médica determinada pela **CONTRATADA**, dentro de rede referencial, em conformidade com a natureza da doença ou porte da cirurgia, sempre baseado nos critérios estabelecidos na Tabela Bio Saúde, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a cláusula 8 das autorizações prévias, e a opção contratual, compreendendo:

10.4.1 Despesas Hospitalares

a) Diárias de Internação do Associado (em Apartamento ou Quarto Coletivo, conforme opção contratual) Berçário, Unidade Coronariana, UTI – Unidade de Terapia Intensiva ou Isolamento. Para os planos que estendam a cobertura para maternidade, as despesas do recém-nascido estarão vinculadas ao tipo de plano e acomodação contratada.

b) Cobertura de toda e qualquer taxa, serviços diversos e uso de equipamentos, conforme previsto na Tabela Bio Saúde;

c) Serviços auxiliares de diagnose e de terapia, indispensáveis ao controle da evolução da doença e comprovadamente relacionados com a causa, que só poderão ser realizados durante o período de internação hospitalar;

d) Medicamentos, anestésicos, gases medicinais, sangue e hemoderivados, próteses internas, válvulas de qualquer natureza, enxertos vasculares, lentes intra-oculares (pertencentes ao ato cirúrgico) e materiais descartáveis, de origem nacional ou nacionalizada e demais recursos terapêuticos ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) As próteses cardíacas, autorizadas pela **CONTRATADA**, serão de fabricação nacional ou nacionalizadas. Não serão autorizadas próteses não nacionalizadas;

f) As próteses, órteses e materiais de sínteses, se cobertas, poderão a qualquer momento a critério da **CONTRATADA**, ser adquiridas pela mesma.

10.4.1.1 Os casos de Internações Clínicas e Cirúrgicas de urgência e/ou emergência, somente serão passíveis de cobertura em casos graves, que determinem risco imediato de vida ou sofrimento intenso, e que não possam ser tratados ambulatorialmente, observada a solicitação do médico assistente.

10.4.1.2 As internações hospitalares eletivas somente terão cobertura em hospital, equipe médica e data previamente autorizada pela **CONTRATADA** e estejam em conformidade com as condições gerais do contrato e em conformidade com as cláusulas abaixo:

10.4.1.2.1 A guia de internação indicará obrigatoriamente o hospital, onde será realizada a internação, correspondente ao evento/procedimento de acordo com a opção contratual, com o número de dias autorizados, que será fornecida por um período equivalente a média de dias para casos idênticos.

10.4.1.3 Se inexistir vaga ou houver algum impedimento técnico no hospital referencial/credenciado, a **CONTRATADA** designará outro prestador de serviço.

10.4.1.4 No ato da admissão no hospital, o assistido exibirá a sua carteira de associado, documento de identificação com foto, além da guia de internação nos casos de procedimentos eletivos.

10.4.1.5 As questões relacionadas com despesas e/ou tratamentos não abrangidos pelo presente Contrato, deverão ser tratadas diretamente com o hospital que realizar a internação, não cabendo nenhum ônus a **CONTRATADA**.

10.4.1.6 A prorrogação da internação será concedida mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido e a duração provável da mesma. Caso contrário, será recusada pela **CONTRATADA** e caberá à mesma aceitar ou não a justificativa do médico assistente.

10.4.1.7 Respeitadas as carências e coberturas parciais temporárias, exclusões e limitações contratuais, e desde que aplicáveis para a segmentação assistencial contratada, para os casos de **URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA** o hospital credenciado e o Associado deverão providenciar em até 24 horas úteis, após o ingresso:

a) Declaração do médico assistente, constando o número do CRM do mesmo (relatório completo, inclusive com exame físico e resultados dos exames complementares, em letra legível), justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, a provável data do início da enfermidade e o tempo previsto de permanência;

b) Nos casos decorrentes de Acidente Pessoal, este deverá ser perfeitamente caracterizado no relatório do médico assistente no ato da internação

10.4.1.8 Para exames e procedimentos de alto custo e de alta complexidade para pacientes internados, deverá ser apresentada requisição do médico assistente, contendo relatório completo emitido pelo mesmo, que justifique adequadamente a realização dos exames.

10.4.1.9 Para efeito das coberturas previstas no presente contrato, a internação somente se inicia com a autorização expressa da **CONTRATADA**, sendo que nos casos de internação de urgência e/ou emergência a autorização da **CONTRATADA** retroagirá ao momento do ingresso do **CONTRATANTE** no hospital; inexistindo direito a cobertura contratual e realizados os procedimentos de urgência ou emergência, o **CONTRATANTE** será transferido para o SUS ou, caso o mesmo opte em permanecer em unidade hospitalar diferente, arcará com todas as despesas incidentes, exonerando a **CONTRATADA** de qualquer responsabilidade.

10.4.1.10 Os Procedimentos Especiais Ambulatoriais, Cirúrgicos e de Alta Complexidade, serão realizados exclusivamente nas Unidades Especiais de Atendimento definidas pela CONTRATADA.

10.4.2 HONORÁRIOS MÉDICOS

Para efeito deste contrato, serão consideradas despesas com honorários médicos, quaisquer procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, regulamentados pelo Ministério da Saúde, realizados durante a internação, em conformidade com o tratamento médico ou porte dos procedimentos cirúrgicos realizados, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, observada a opção contratual, compreendendo-se que:

10.4.2.1 Fazem parte dos honorários médicos os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliares médicos e anestesista, quando os eventos assim necessitarem.

10.4.3 DAS INTERNAÇÕES OBSTÉTRICAS E ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO.

A **CONTRATADA** garantirá a Associada às despesas com assistência médica decorrentes do parto e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata ao recém-nato, nas complicações pós-parto, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similares, a qualquer hora do dia ou da noite durante o período máximo de 30(trinta) dias contado do nascimento, exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a cláusula das autorizações prévias e a opção contratual, compreendendo:

10.4.3.1 Serão cobertas as despesas hospitalares e honorários médicos, em razão dos procedimentos do parto ou suas consequências, incluindo UTI, berçário e UTI neonatal;

10.4.3.2 Esta assistência continuará a ser prestada desde que o **CONTRATANTE** tenha incluído o recém-nato no plano até o término do aludido prazo de 30 (trinta) dias.

10.4.3.3 O prazo de carência, qualquer que seja a opção contratual, contados a partir da contratação ou da inclusão, conforme o caso, inclusive para inclusões posteriores, é de 300 (trezentos) dias para parto a termo.

10.4.3.4 Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite de 30 dias, os prazos de carências deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Gerais do plano originalmente optado pelo titular, suas limitações e exclusões.

10.4.4 DOS TRANSPLANTES

Serão cobertas as despesas decorrentes de transplantes de rins, córnea e autóloga listados no Anexo da Resolução Normativa que fixar o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente ou legislação superveniente, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados. Os transplantes somente ocorrerão por indicação médica de profissional integrante da equipe médica da **CONTRATADA**, em conformidade com a natureza da doença que exija tal ato, além de se submeter à legislação específica vigente, em especial Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e a Portaria nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, sempre baseado nos critérios estabelecidos na Tabela Bio Saúde, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a cláusula das autorizações prévias, e a opção contratual, compreendendo:

10.4.4.1 Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados aos transplantes de rins e córnea:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) As despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

10.4.4.2 Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, o Associado deverá obrigatoriamente estar inscrito na lista de receptores que é de âmbito nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção, sendo que a **CONTRATADA** terá o acompanhamento direto ao controle da lista de espera dos receptores.

10.4.4.3 Nos casos de transplantes de doadores vivos independentemente do tipo de plano do receptor, o doador, terá à assistência assegurada na forma da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, sendo que a internação será sempre no padrão enfermaria.

10.5 DOS TRATAMENTOS DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Serão cobertas as despesas relativas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID/10), ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a cláusula 8 das autorizações prévias, observado o exposto na cláusula 3.1 e a opção contratual, compreendendo:

10.5.1 Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco imediato de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e/ou autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

10.5.2 Nos casos de psicoterapia de crise, o **ATENDIMENTO AMBULATORIAL** fica limitado a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativas com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência.

10.5.3 O (A) beneficiário (a) vinculado à **CONTRATANTE** terá direito a 30 (trinta) dias de internação por ano de vigência de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico credenciado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, determinado e direcionado pela **CONTRATADA**, para portadores de transtornos psiquiátricos, quando constatada situação de crise.

10.5.4 Fica limitado a 15 (quinze) dias por ano, não cumulativos, as internações em Hospitais Gerais credenciados e direcionados, decorrentes de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

10.5.5 Além da cobertura prevista na cláusula supra o beneficiário poderá dispor de tratamento de regime de hospital dia de forma ilimitada, como alternativa à internação hospitalar, observados as respectivas diretrizes de utilização.

10.5.6 Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - Código Internacional de Doenças, a cobertura prevista na cláusula anterior deverá ser estendida para 180 (cento e oitenta) dias por ano, não cumulativa.

10.5.7 Nas hipóteses de internações psiquiátricas, caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços exceda os limites previstos no presente contrato, esgotados estes limites, a responsabilidade financeira por 50% (cinquenta por cento) dos atendimentos passará a ser do (a) **CONTRATANTE**, que fará os pagamentos diretamente a **CONTRATADA** que repassará o valor para a entidade ou profissional prestador dos serviços.

10.6 DAS CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCO-MAXILO-FACIAIS E DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS QUE NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de despesas havidas pelo **CONTRATANTE** referentes a cirurgias odontológicas buco-maxilo-facias, desde que necessitem de internação hospitalar, bem como as despesas referentes a procedimentos odontológicos que por imperativo necessitem de internação hospitalar, desde que solicitada exclusivamente por médico ou odontólogo de sua rede credenciada ou própria.

10.6.1 A lista de materiais cirúrgicos afeta ao procedimento, solicitada pelo médico/odontólogo para fins de liberação de cobertura será submetida à avaliação técnica da auditoria médica da **CONTRATADA** sendo certo que caso existe divergência, será convocada junta médica composta por 3 profissionais, onde sendo um de livre escolha para cada uma das partes e outro indicado de comum acordo, para respectiva solução no prazo de até 30 dias da data da solicitação.

10.7 CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS

A **CONTRATADA** procederá a cobertura de todas as cirurgias plásticas reparadoras, incluindo a 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, desde que as mesmas não estejam relacionadas à doenças ou lesões preexistentes.

10.7.1 Nestes casos, o (a) beneficiário (a) da **CONTRATANTE** e seu (s) dependente(s) deverão (ao) cumprir período de cobertura parcial temporária ou pagar agravo, a fim de que tenha direito a tal cobertura.

10.8 COLOCAÇÕES DE BANDA GÁSTRICA PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA)

Serão cobertas as despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de Obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução nº 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina e no Anexo da Resolução Normativa que fixar o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente ou legislação superveniente.

10.9 DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

A **CONTRATADA** garantirá a cobertura das despesas havidas pelo **CONTRATANTE** e/ou seu (s) dependente (s), com os seguintes procedimentos especiais:

I - No âmbito ambulatorial:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

II - No âmbito hospitalar

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) fisioterapia;

10.10 DESPESAS COM ACOMPANHANTES

A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de despesas havidas com acompanhante (exceto aquelas despesas consideradas extraordinárias), quando o beneficiário internado for:

- a) criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos;
- c) portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- d) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

11 - DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.1 As solicitações para a realização de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, cirurgias plásticas reparadoras, colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida, exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos, gastroplastia para obesidade mórbida, procedimentos especiais, procedimentos odontológicos que necessitem de internação hospitalar, transplantes e tratamentos de transtornos psiquiátricos, deverão ser submetidos à apreciação prévia da **CONTRATADA**, que após avaliação do Departamento de Auditoria Médica, autorizará ou não a cobertura das despesas, quando entender que as mesmas estão garantidas pelo plano contratado. Após a liberação pelo departamento de auditoria médica, o setor de emissão de guias procederá ao agendamento, ficando este, única e exclusivamente a critério da **CONTRATADA**, respeitando-se os princípios éticos e preservando o bem-estar do paciente.

11.2 A **CONTRATADA** expedirá a guia de internação, determinando o hospital, a data, o (s) médico(s), e/ou equipe médica correspondente ao evento/procedimento/dia(s) de internação de acordo com a opção contratual (enfermaria ou apartamento), sendo que na guia de internação deverá ser mencionado número de dias autorizados, que será fornecida por um período equivalente a média de dias para casos idênticos.

11.3 A solicitação de autorização prévia deverá obedecer aos seguintes procedimentos e/ou estar acompanhada dos seguintes documentos originais, desde que solicitados por médicos credenciados e/ou pertencentes à rede referencial/credenciada;

Clínico: Relatório completo do médico assistente, com letra legível e o CRM do mesmo, indicando o diagnóstico, tempo de existência da patologia e os resultados dos exames complementares e o período previsto de internação, que justifiquem a patologia;

Cirurgia Ambulatorial: Relatório completo do médico assistente com letra legível e o CRM do mesmo, e resultados dos exames complementares indicando a cirurgia proposta;

Cirurgia Plástica Restauradora: Relatório completo do cirurgião plástico, com letra legível, CRM do mesmo, com a descrição da origem e tempo de existência da lesão, indicando e justificando a cirurgia proposta e o caráter reparador, assim como o período previsto de internação. Caso a cirurgia envolva outras especialidades, o procedimento adotado será o mesmo, acompanhado dos exames complementares que justifiquem e comprovem tal patologia. (Deve-se observar que cirurgias plásticas restauradoras são aquelas consideradas indispensáveis para a reparação das funções de um membro ou órgão, alterados em decorrência de acidente pessoal comprovado, ocorrido durante a vigência deste contrato e desde que o respectivo prazo de carência tenha sido cumprido, conforme opção contratual);

Exames para Diagnóstico: Solicitação através de relatório completo do médico com letra legível e o CRM do mesmo, que comprove e justifique a necessidade dos mesmos;

Laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica e Vasectomia: será autorizada desde que expressamente comprovado que o beneficiário a ser submetido a esterilização cirúrgica tenha:

- 1) capacidade civil plena;
- 2) seja maior de vinte e cinco anos de idade ou tenha, pelo menos, dois filhos vivos;
- 3) sido observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- 4) em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- 5) sido apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- 6) em caso de casais, sido apresentado o consentimento expresso de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- 7) conhecimento que a esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, será vedada a realização de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

- a) A esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- b) A esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c) Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei;

Outros Atos Cirúrgicos: Apresentação de relatório completo do médico cirurgião com letra legível e CRM do mesmo, que justifique e indique a cirurgia proposta, com comprovação de exames médicos complementares, que atestem a patologia, assim como o período de internação;

Parto: Relatório completo do médico assistente com letra legível e o CRM do mesmo, indicando o tipo e a provável data do parto; o relatório médico, solicitado nos itens acima, deverá ser preenchido em formulário próprio da **CONTRATADA**;

Remoções em geral: Requisição do médico assistente, justificando a Urgência ou Emergência, atestando a necessidade;

Tratamento Terapêutico: - Requisição ou prescrição do médico assistente com letra legível e o CRM do mesmo (especialista na área), constando o tratamento proposto, diagnóstico e dados clínicos que justifiquem a necessidade do procedimento, além do relatório completo do médico.

11.3 Os atendimentos, serão direcionados única e exclusivamente nos locais previamente determinados pela **CONTRATADA**, dentro da rede referencial ou da rede credenciada e unidades especiais de atendimento, inclusive nas situações de urgência e/ou emergência, excetuando-se o disposto na cláusula 10.3.4.2 – parte final.

12 – DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS - EXCLUSÕES

12.1 Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, ocorrendo ou não internação hospitalar, prevalecendo esta cláusula sobre as demais, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados e suas consequências:

- a) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- b) Cirurgias Oftalmológicas Refrativas que não se enquadrem no disposto no Anexo da Resolução Normativa que fixar o rol de procedimentos da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente ou legislação superveniente.
- c) Consultas e sessões de nutricionista, fonoaudiologia a terapeuta ocupacional, psicólogo (a) ou psicoterapeuta acima do limite estabelecido pela legislação vigente;
- d) Despesas de acompanhantes, exceto para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, bem como acompanhante indicado pela mulher durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, não abrangidas as despesas extraordinárias (alimentação, telefone, despesas de toailete, frigobar e outras);
- e) Despesas com aquisição ou aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- f) Dieta não recomendada pelo médico, decorações, rádio, aparelhos de televisão, telefone, despesas de toailete e frigobar e outras;
- g) Enfermagem particular, vacinas e materiais aplicados ou utilizados em pacientes fora de regime de internação hospitalar ou de atendimento de urgência ou emergência em pacientes não internados;

- h) Inseminação artificial;
- i) Medicamentos importados não nacionalizados ou não reconhecidos por órgão governamental competente, aparelhos estéticos e complementares de função como óculos, aparelho de surdez, aparelhos ortopédicos, imobilizadores removíveis e similares, material de síntese, órtese e próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- j) Medicamentos para tratamento domiciliar;
- l) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, tais como plásticas embelezadoras, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;
- h) Procedimentos que não constarem, na época do evento, da Resolução Normativa que fixar o rol de procedimentos da ANS, ou que não observarem os seus anexos vigentes – como por exemplo as diretrizes de utilização ou a legislação superveniente;
- i) Procedimentos Odontológicos, de qualquer natureza, exceto cobertura de cirurgias buco-maxilo-faxial que necessitem de ambiente hospitalar e aqueles que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar desde que solicitada exclusivamente por profissional credenciado da CONTRATADA;
- j) Procedimentos solicitados ou realizados por médicos não credenciados pela CONTRATADA ou que não façam parte da rede credenciada do plano contratado, assim como consultas e atendimentos domiciliares ou fora do horário comercial, exceção feita aos procedimentos de Urgência e Emergência, já que a CONTRATADA não é seguro saúde, mas sim, medicina de grupo;
- l) Transplantes, excetuando-se de Rins, Medula Óssea do tipo alogênico, córneas e autólogos descritos no Anexo I da Resolução Normativa que fixar o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente ou legislação superveniente;
- m) Tratamentos clínicos de emagrecimento (exceto obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) Tratamentos ou cirurgias antiéticas e/ou suas consequências, diagnósticos, exames, tratamento clínicos e cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias não aprovadas pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e pela Associação Médica Brasileira;

13 – DO REEMBOLSO

13.1 Quando não for possível a utilização de serviços próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, nos casos de urgência e/ou emergência efetivamente comprovados através de declaração do médico assistente, nos limites de sua abrangência geográfica e obrigações contratuais, as despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, serão reembolsados ao **CONTRATANTE**, tomando-se como base de cálculo a Tabela utilizada para pagamento da rede de prestadores da **CONTRATADA**, vigente na época do atendimento, não podendo ser superior ao valor efetivamente pago pelo associado para as respectivas despesas.

13.2 A análise para o reembolso previsto nos termos deste contrato, será efetuado mediante apresentação dos seguintes documentos originais, entregues pessoalmente ao departamento de auditoria médica da **CONTRATADA**:

- a) Relatório completo do médico assistente, com letra legível e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, condições de urgência ou emergência relatadas;
- b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnósticos e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representada por Nota Fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
- c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

13.3 Para os dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o titular.

13.4 Somente seremos reconhecidos pela **CONTRATADA**, o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais que forem entregues pessoalmente no departamento de auditoria médica da **CONTRATADA**, devidamente conferidos e aceitos com protocolo numerado. Após aceitação dos documentos apresentados e a comprovação com a devida aprovação do evento e das despesas, através de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas, será efetuado em 30 dias.

13.5 O reembolso das despesas será efetuado através de cheque nominal para o titular ou responsável quando menor de idade, não sendo efetuado depósitos nas contas dos mesmos.

13.6 O valor do reembolso não poderá ser superior ao valor constante na tabela praticada pela **CONTRATADA** junto a sua rede de prestadores.

13.7 Para que o reembolso seja efetivado, o Associado (a) deverá caracterizar perfeitamente o evento, através da documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

14 - DA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

14.1 Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários**, não será exigido o cumprimento de Prazos de Carências, desde que a Contratante formalize, em nome do **Beneficiário Titular**, o pedido de seu ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à **Contratante**, observada a regra de inclusão estabelecida na cláusula de **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**.

14.2 Será exigido o cumprimento dos prazos de carência constantes da tabela a seguir, que terão início a partir da data de inclusão do Beneficiário no plano, para os seguintes casos:

14.2.1. Se o número de Beneficiários do contrato for menor do que 30 (trinta).

14.2.2. Se, durante a vigência do contrato, o número de Beneficiários for reduzido para menos de 30 (trinta).

14.2.3. Nos casos de inclusões de Beneficiários Titulares e/ou Dependentes fora do prazo mencionado no subitem 13.1, salvo disposição contrária na cláusula de condições de admissão prevista neste Contrato.

14.2.4. Nos casos em que for solicitada nova adesão ao contrato, após exclusão a pedido do Beneficiário Titular ou da Contratante

14.3 Os atendimentos previstos no presente contrato estarão sujeitos do cumprimento dos seguintes prazos de carência:

TABELA DE CARÊNCIAS		
ITENS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
1	Atendimento de Urgência/Emergência	24 horas
2	Consultas Médicas	30 dias
3	Exames Simples	30 dias
4	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero	180 dias
5	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 6 e 7	180 dias
6	Transplantes, Implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e Órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações Psiquiátricas, Diálise/Hemodiálise, Cirurgias Refrativas e Obesidade Mórbida	180 dias
7	Partos a Termo	300 dias

14.3.1. A relação completa dos exames e terapias simples e especiais para fins de aplicação dos prazos de carências descritos na tabela imediatamente acima poderá ser consultada através do portal da **CONTRATADA** na internet (<https://www.biosaude.med.br/>) ou através dos canais de atendimento também divulgados no site da **CONTRATADA**.

14.4 Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite de 30 dias de seu nascimento, os prazos de carências e de cobertura parcial temporária serão equivalentes àquelas não cumpridas pelo titular.

14.5 No caso de o nascimento ocorrer em período em que o beneficiário titular ou dependente ainda se encontre sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido obrigatoriamente observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

14.6 Em caso de inscrição de filho (s) menor (es) de 12 (doze) anos de idade, adotado(s) pelo beneficiário titular ou pelo dependente, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo adotante, sujeitando-se a cobertura parcial temporária ou agravo.

14.7 A **CONTRATANTE**, na hipótese prevista no item 14.1, de inclusão de beneficiário fora do prazo legal, fica obrigada a apresentar a competente Declaração de Saúde, informando à **CONTRATADA**, a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes do mesmo, sob pena de imputação de fraude, sujeitando-se a suspensão ou denúncia do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº. 9.656/98, e de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.

14.8 Caso julgue necessário, **antes mesmo da inclusão**, é permitido a **CONTRATANTE** e seus beneficiários, orientarem-se junto a um médico pertencente à lista de médicos orientadores da rede credenciada da **CONTRATADA**, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, sem que o médico tenha a incumbência de proceder a exames ou perícia médica.

14.9 Sendo constatada pela **CONTRATADA** por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do beneficiário, a existência de lesão ou doença, que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas ao beneficiário:

a) cobertura parcial temporária: aplica-se às doenças e lesões preexistentes, sujeitando-se o (a) **CONTRATANTE**, que assim optar a um período pré-determinado de 24 (vinte e quatro) meses de suspensão dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (definidos na Resolução Normativa que fixa o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente ou legislação superveniente). Cumprido este prazo específico o (a) **CONTRATANTE** e/ou seu (s) dependente(s) passará a ter a cobertura integral de acordo com a opção contratual e respeitada as demais cláusulas do presente Contrato. **Aludido período de cobertura parcial temporária será contado da data de inclusão do beneficiário.**

b) agravo, acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde, que será estipulado pela **CONTRATADA**, observado o disposto na Resolução Normativa n. 162, de 17 de outubro de 2007 (retificada conforme publicação no DOU de 20.11.2007, seção 1, pág. 91), ou legislação superveniente.

14.10 A escolha de uma das alternativas apontadas dependerá exclusivamente de decisão do (a) **CONTRATANTE** por meio de declaração expressa, constante na solicitação de inclusão.

14.15 Havendo, durante os 24 (vinte e quatro) primeiros meses de vigência de contrato, a comprovação pela **CONTRATADA**, através de qualquer documento legal, que o(a) **CONTRATANTE**, por si ou por seus dependentes, omitiu ou fez falsa declaração de doença ou lesão preexistente que lhe era de conhecimento, essa comunicará imediatamente o(a) **CONTRATANTE** para que, no prazo de 10 (dez) dias, manifeste-se expressamente quanto a existência da doença ou lesão pré-existente em relação ao respectivo beneficiário.

14.16 Em havendo, dentro do prazo estipulado a concordância do(a) **CONTRATANTE** quanto a existência da doença ou lesão pré-existente, a este será possível optar, novamente pelo cumprimento de período de cobertura parcial temporária ou incorporar um agravo ao contrato ou, ainda, rescindir o mesmo conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do Artigo 13 da Lei de nº 9.656/98.

14.17 Caso o (a) **CONTRATANTE**, dentro do prazo estipulado, e de forma expressa, não concorde com a alegação, a **CONTRATADA** encaminhará a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, a fim de que esta efetue o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

14.18 Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o(a) **CONTRATANTE** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

14.19 Após julgamento, em sendo acolhida à alegação da **CONTRATADA** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o (a) **CONTRATANTE** passará 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 ao(a) **CONTRATANTE**.

14.20 Não seremos permitidas, sob qualquer alegação, a suspensão da cobertura do respectivo beneficiário até o resultado do julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

14.21 Nos eventos de urgência ou emergência ocorridos dentro dos prazos de cobertura parcial temporária, ou seja, suspensão contratual de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade, a cobertura fica limitada a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Socorro, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos de alta complexidade para fins de diagnósticos ou terapia (por exemplo: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Raios-X Contrastado-esta lista é meramente exemplificativa). Quando necessário, para continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus à **CONTRATADA**.

14.22 Nos casos em que não forem previamente declaradas as lesões ou doenças preexistentes, e que a **CONTRATADA** comprove tal antecedência, bem como, demonstre o conhecimento anterior do respectivo beneficiário, através de relatório médico ou atendimentos hospitalares anteriores a vigência do Contrato, pode a **CONTRATADA** estabelecer um prazo de 24 (vinte e quatro) meses de suspensão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados as doenças ou lesões preexistentes, ou incorporar um agravo ao contrato ou ainda rescindir o mesmo conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do Artigo 13 da Lei de nº 9.656/98.

14.23 Na cobertura parcial temporária, o funcionário/beneficiário do **CONTRATANTE** deverá cumprir um prazo pré-determinado de suspensão contratual de 24 (vinte e quatro) meses, para a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relativos as doenças e lesões preexistentes, sujeitando-se os casos de urgência e/ou emergência que caracterize risco iminente de vida, durante a cobertura parcial temporária.

15 - DAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS

15.1 São garantidos os atendimentos, sob a forma de preço preestabelecido per capita, através de contraprestação pecuniária mensal, dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. O valor da contraprestação pecuniária mensal encontra-se na Proposta de Contratação Coletiva, parte integrante deste Contrato.

15.1.1 O presente contrato observa a modalidade de **PRÉ-PAGAMENTO**, devendo o **CONTRATANTE** pagar, a primeira fatura mensal equivalente ao total do número beneficiário a ela vinculado que forem incluídos por ocasião da assinatura do presente contrato.

15.1.2. Será utilizado como data base para cálculo e fechamento do número de beneficiários todo o dia 15 de cada mês, com exceção do mês de assinatura do contrato onde deverá ser observada a regra da cláusula 15.1.1.

15.2. As mensalidades serão cobradas através de faturamento mensal pelo sistema de pré-pagamento, tendo como data de vencimento aquela indicada na Proposta de Contratação, parte integrante e indissociável do presente Contrato.

15.3. Nos casos em que os beneficiários forem incluídos/cadastrados após a data de fechamento da fatura mensal, a cobrança dos valores relativos ao período no qual usufruírem o atendimento médico e hospitalar será feita no mês seguinte.

15.4. REAJUSTE FINANCEIRO

15.4.1. O reajuste financeiro da contraprestação pecuniária mensal será aplicado anualmente e de forma automática, no aniversário do contrato, utilizando-se por base o Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares – IVCMH, independentemente do Reajuste Técnico e de Reajuste por Mudança de Faixa Etária, se aplicável.

15.4.1.1. O IVCMH compõe-se pela variação dos preços dos Honorários Médicos, das Diárias e Taxas Hospitalares, dos Medicamentos, dos Materiais Hospitalares e Gases Medicinais, das Despesas Gerais de Administração e do impacto de novos impostos e Contribuições Sociais incidentes sobre as operações da CONTRATADA.

15.4.1.2. A aplicação do reajuste será comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente.

15.4.1.3. Considera-se reajuste para fins deste contrato qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio técnico atuarial do contrato.

15.4.2. REAJUSTE TÉCNICO

15.4.2.1. Além do disposto nas Cláusulas de Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal e Reajuste por Mudança de Faixa Etária, a contraprestação pecuniária mensal será reajustada em função do índice de sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico - atuarial do contrato.

15.4.2.2. O índice de reajuste técnico, calculado em função da sinistralidade, será aplicado de forma complementar e na mesma data do Reajuste Financeiro, de acordo com a fórmula descrita adiante.

15.4.2.2.1. O índice de sinistralidade, para efeito da revisão da contraprestação pecuniária mensal, será sempre o resultado da divisão do total da Despesa Assistencial Avisada no período de apuração pelo total da Contraprestação Pecuniária Mensal Líquida cobrada durante o mesmo período.

15.4.2.2.2. Sempre que o índice de sinistralidade (Is) estiver acima de 0,75 (setenta e cinco centésimos), as contraprestações pecuniárias mensais serão reajustadas, por índice apurado pela seguinte fórmula:

$$\mathbf{Cr = Cv . Is / 0,75}$$

onde:

Cr = Contraprestação Pecuniária Mensal Reajustada

Cv = Contraprestação Pecuniária Mensal Vigente

Is = Índice Sinistralidade, sendo:

$$\mathbf{Is = Dm/Ri}$$

Dm = Total da Despesa Assistencial Avisada com atendimentos previstos neste Contrato, considerando-se para o 1º reajuste, a exclusão dos 03 (três) primeiros meses, dos 12 (doze) meses iniciais de vigência; e

Ri = Total da Contraprestação Pecuniária Mensal Líquida, já deduzidos os impostos e contribuições que incidem sobre o faturamento, considerando-se para o 1º reajuste, a exclusão dos 03 (três) primeiros meses, dos 12 (doze) meses iniciais de vigência.

15.4.2.3. O reajuste da contraprestação será aplicado no 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato, inclusive.

15.4.2.3.1. As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do Contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

15.4.2.4. A **CONTRATADA** comunicará à **CONTRATANTE** o valor da contraprestação pecuniária mensal recalculada, com 30 (trinta) dias de antecedência da efetiva cobrança.

15.4.2.5. As contraprestações pecuniárias mensais recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas na fatura do mês seguinte à comunicação citada no subitem anterior. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.

15.4.3 EMPRESAS COM 1 A 29 BENEFICIÁRIOS

15.4.3.1. Em razão do disposto na Resolução Normativa – RN 309, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, publicada em 25/10/12, na hipótese de redução de vidas do contrato resultar em 29 (vinte e nove) Beneficiários ou menos, o mesmo participará do agrupamento para fins de reajuste.

As regras para o cálculo do índice de Reajuste Único - IRUC, a ser aplicado nos contratos das Empresas pertencentes a este agrupamento de contratos, seguem adiante.

15.4.3.2. O IRUC será calculado anualmente para o Agrupamento 1 no período de apuração (janeiro a dezembro) com base nos dados de Receitas e Despesas, com divulgação até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e mantido no portal da CONTRATADA, identificando os contratos que receberão o respectivo reajuste com o seu código, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

15.4.3.3. A apuração do número de Beneficiários de cada contrato ocorrerá na data:

- do início de vigência do contrato, para contratos com menos de 12 meses de vigência; e
- na data do último aniversário, para contratos com mais de 12 meses de vigência.

Ambas as datas estão compreendidas pelo período de apuração (janeiro a dezembro) em que serão coletados os dados para cálculo dos reajustes descritos a seguir.

15.4.3.4. A apuração da quantidade de Beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

15.4.4. Cálculo do índice de reajuste único - IRUC

A contraprestação pecuniária mensal será reajustada anualmente pelo índice de Reajuste Único Coletivo – IRUC, o qual é composto pelos índices de Reajuste Financeiro e Reajuste Técnico.

15.4.4.1. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)

O reajuste financeiro toma por base o Índice de Variação dos Custos Médico- Hospitalares – IVCMH o qual se compõe pela variação dos preços dos Honorários Médicos, das Diárias e Taxas Hospitalares, dos Medicamentos, dos Materiais Hospitalares e Gases Medicinais, das Despesas Gerais de Administração e do impacto de novos impostos e Contribuições Sociais incidentes sobre as operações da CONTRATADA.

15.4.4.1.1. REAJUSTE TÉCNICO (ISc)

O Reajuste Técnico tem por objetivo manter o equilíbrio técnico - atuarial do contrato e sua aplicação considera o índice de sinistralidade coletivo ISc, calculado pela seguinte expressão:

$$IS_c = \begin{cases} se \left(\frac{Da}{Mr} \right) > \beta, \left(\frac{Da}{\beta + Mr} \right) - 1 \\ se \left(\frac{Da}{Mr} \right) < \beta, 0 \end{cases}$$

Da – Total de despesas assistenciais referentes às Empresas integrantes do Agrupamento incorridas no período de 12 (doze) meses.

Mr – Total de contraprestações pecuniárias líquidas recebidas no mesmo período em que Da foi apurada referentes às Empresas integrantes do agrupamento.

β – Percentual máximo estabelecido para a relação Da / Mr, previsto para o todos os contratos integrantes deste Agrupamento, especificamente para este caso, β= 60%

15.4.4.2. **Cálculo do índice de reajuste único - IRUC**

Considerados os dois índices de reajuste (Técnico e Financeiro), o índice de reajuste único- IRUC gerado pela composição de ambos, a ser aplicado nos respectivos aniversários dos contratos das empresas pertencentes a este agrupamento, será apurado pela seguinte expressão:

$$IRUC = [(1 + IVCMH) \times (1 + ISc) - 1] \times 100$$

15.5. O reajuste das empresas integrantes deste agrupamento se dará no mês de aniversário do contrato, que ocorrer no período de maio a abril do ano imediatamente subsequente ao exercício civil em que o IRUC foi apurado.

15.6. As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

15.7. A **CONTRATADA** comunicará à **CONTRATANTE**, por meio do seu Demonstrativo Pormenorizado de Reajuste disponível em sua área logada, o valor da contraprestação pecuniária recalculada, com 30 (trinta) dias de antecedência da data base ou de sua efetiva cobrança.

15.4.5. **EMPRESAS COM 30 A 99 BENEFICIÁRIOS**

Além do agrupamento de contratos descrito no item anterior (empresas com 1 a 29 Beneficiários), está previsto mais um agrupamento de contratos: Empresas com 30 a 99 Beneficiários.

15.4.5.1. O índice de reajuste único – IRUC para este segundo agrupamento também é composto pelos índices de Reajuste Financeiro e Reajuste Técnico.

15.4.5.1.1. **REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)**

O Reajuste Financeiro (IVCMH) apurado para o – IRUC dos Agrupamentos 2 e 3 observará o descrito no item 15.4.4.1.

15.4.5.1.2. **REAJUSTE TÉCNICO (ISc)**

O Reajuste Financeiro (IVCMH) apurado para o – IRUC dos Agrupamentos 2 e 3 observará o descrito no item 15.4.4.1.

15.4.5.1.2. **REAJUSTE TÉCNICO (ISc)**

O Reajuste Técnico (ISc) para o referido agrupamento possui a mesma fórmula de cálculo descrita no item 15.4.4.1.1., porém seus parâmetros devem observar as seguintes alterações:

a) Da – Total de despesas assistenciais avisadas, referentes às Empresas integrantes do Agrupamento, incorridas no período de 12 (doze) meses, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.

b) Mr – Total de contraprestações pecuniárias mensais líquidas recebidas no mesmo período em que Da foi apurada, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.

β – Percentual máximo estabelecido para a relação Da / Mr, previsto para o todos os contratos integrantes deste Agrupamento, especificamente para este caso, β= 70%

15.4.5.1.3 A aplicação do índice de reajuste, calculado com base nos dados do ano de apuração, se dará sempre no mês de aniversário dos contratos que ocorrerem a partir de maio a abril do ano imediatamente subsequente.

15.4.5.2 A aplicação do reajuste para todos os agrupamentos será comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente.

15.4.5.3 O reajuste da contraprestação será aplicado a partir do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, inclusive.

15.4.5.4 As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

15.4.5.5 A **CONTRATADA** comunicará à **CONTRATANTE**, por meio do seu Demonstrativo Pormenorizado de Reajuste disponível em sua área logada, o valor da contraprestação pecuniária recalculada, com 30 (trinta) dias de antecedência da data base ou de sua efetiva cobrança.

15.4.5.6 As contraprestações pecuniárias mensais recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas na fatura do mês seguinte à comunicação citada no subitem anterior. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.

15.5. Reconhecem as partes que a aplicação de qualquer reajuste das contraprestações pecuniárias não está sujeita à aprovação prévia da **ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**, por se tratar de contrato coletivo, porém os mesmos serão comunicados à ANS dentro dos prazos normativos em vigor.

15.6. A **CONTRATANTE** não recebendo a fatura mensal ou documento de cobrança, até 10 (dez) dias antes do vencimento, deverá imediatamente comunicar-se com a **CONTRATADA** para orientar-se e realizar o pagamento, pois tal fato não eximirá o **CONTRATANTE** de efetuar o pagamento na data devida, sob pena de arcar com os encargos previstos contratualmente.

15.7. As mensalidades deverão ser pagas nos estabelecimentos bancários autorizados, nos prazos de cobrança e na forma estabelecida nos documentos emitidos pela **CONTRATADA**, não realizando esta, em hipótese alguma, cobrança no domicílio da **CONTRATANTE**.

15.8. O pagamento antecipado das mensalidades não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência e cobertura parcial temporária fixada no contrato.

15.9. No caso do exercício do direito de permanência/continuidade por parte dos beneficiários da **CONTRATANTE**, o valor da mensalidade passará a ser cobrado conforme tabela de preços por faixa etária com suas devidas atualizações estará disponível para consulta a qualquer tempo pelos Beneficiários no Departamento de Recursos Humanos (RH) da **CONTRATANTE** ou na **CONTRATADA**.

15.10. O beneficiário que exercer o direito de permanência/plano continuidade, estará sujeito a tabela prevista na cláusula 15.9. e suas respectivas atualizações vigentes à época.

15.11. O valor da fatura mensal será alterado, quando cada beneficiário (titular e/ou dependente) passar de uma para outra faixa etária, respeitada a respectiva proporcionalidade, observando-se os respectivos percentuais de aumento que serão aplicados sobre a mensalidade, nos termos do artigo 22 da RN/ANS nº 195:

Reajuste por Faixa Etária - %	
FAIXA ETÁRIA	
0 a 18	0,00%
19 a 23	35,00%
24 a 28	18,18%
29 a 33	0,00%
34 a 38	0,00%
39 a 43	18,77%
44 a 48	30,00%
49 a 53	30,00%
54 a 58	30,00%
59 ou mais	44,13%

15.12. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:

- I - O valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II - A variação acumulada entre a sétima e a décimas faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétimas faixas.

15.13. Caberá a **CONTRATANTE** informar no momento da admissão e solicitação de inclusão de seu funcionário, o teor da presente cláusula de permanência, especialmente quanto a alteração de valor e forma de cobrança.

16 - DAS MENSALIDADES EM ATRASO E DA RESCISÃO DO CONTRATO

16.1 O atraso no pagamento das mensalidades acarretará ao **CONTRATANTE** multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária até o cumprimento da obrigação através do índice do IGPM.

16.2 O atraso no pagamento da mensalidade e/ou encargos implicará na imediata suspensão do direito objeto deste contrato, independentemente de qualquer aviso ou notificação. O direito de uso será readquirido a partir da zero hora do dia seguinte ao dia em que foi regularizado o pagamento atrasado, com os encargos contratuais, desde que o contrato já não tenha sido cancelado.

16.3 A **CONTRATADA** não é obrigada a aceitar o pagamento do débito em atraso, podendo considerar o **CONTRATO RESCINDIDO DE PLENO DIREITO**, independentemente de qualquer aviso ou notificação, após ser constatada a inadimplência financeira da **CONTRATANTE** por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou

16.4 A rescisão contratual não desobriga o **CONTRATANTE** ao pagamento dos débitos vencidos, danos ocorridos e/ou período faltante para o término do contrato.

16.5 Caso a **CONTRATANTE** rescinda o contrato antes do período de vigência do presente contato, caberá a **CONTRATADA** o direito de receber multa equivalente a 50% (cinquenta) por cento das mensalidades vincendas relativos aos meses faltantes para o término do contrato, proporcional ao período restante do contrato.

16.5.1 Para fins da multa prevista na cláusula 16.5, a base de cálculo considerará a média das 3 (três) últimas faturas mensais, antes da rescisão.

16.6 Além da rescisão pelo atraso nos pagamentos das mensalidades, o contrato pode ainda ser rescindido automaticamente, a qualquer momento, de pleno direito, excluindo-se os beneficiários, após a devida notificação judicial ou extrajudicial, se ocorrer:

a) O requerimento de falência ou insolvência civil da **CONTRATANTE**, independentemente de qualquer aviso ou notificação extrajudicial, cessando de imediato a prestação de serviços contratados, facultando ao **CONTRATADO** o direito de optar ou não pela continuidade do mesmo.

b) O requerimento de liquidação extrajudicial da **CONTRATADA** nos moldes do artigo 23 da Lei nº 9656/98.

16.7 Após o cumprimento integral do período de vigência determinado do contrato, poderá haver rescisão sem justa causa, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

16.8 Em quaisquer das hipóteses de rescisão contratual, durante o prazo de denúncia, o número de beneficiários não poderá ser alterado, garantido o faturamento igual ao do mês anterior àquele da realização da denúncia, exceto para os beneficiários demitidos comprovadamente documentados.

17 - DAS DIVERGÊNCIAS MÉDICAS – SEGUNDA OPINIÃO E JUNTA MÉDICA

17.1 A **CONTRATADA** condicionará a autorização das internações clínicas e cirúrgicas eletivas, referentes aos procedimentos solicitados pelo médico assistente, à realização de Segunda Opinião Médica para os casos em que houver necessidade de uma melhor elucidação diagnóstica, respeitados os prazos para disponibilização do procedimento definido pela legislação e regulamentação vigente.

17.1.2. Quando necessário, a realização da segunda Opinião será presencial com o médico auditor da **CONTRATADA**, hipótese em que o Beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada pela mesma.

17.1.3. O não comparecimento do Beneficiário na consulta agendada para a realização da Segunda Opinião prejudicará a análise da autorização solicitada até sua realização.

17.1.4. Caso a Segunda Opinião Médica leve à conclusão pela não indicação do(s) Procedimento(s) solicitado(s), a definição do impasse dar-se-á através de Junta Médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

17.1.5. A **CONTRATADA** pagará os honorários do médico que nomeou, do médico nomeado pelo Beneficiário Titular, bem como do desempataador.

17.1.6. Não havendo consenso quanto à escolha do médico desempataador, este será nomeado a pedido das partes, por representante de entidade médica reconhecida.

17.1.7. Os serviços autorizados deverão ser realizados nos locais definidos pela **CONTRATADA**, conforme abrangência geográfica e área de atuação do plano contratado definidas na Proposta de Contratação.

18 - DECLARAÇÕES DA CONTRATANTE

18.1 A **CONTRATANTE**, em nome dos beneficiários, autorizam, nos casos admitidos pelo Código de Ética Médica, amparados por resoluções expedidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e pelos Conselhos Regionais de Medicina do Estado de São Paulo em processos judiciais ou administrativos, que a **ENTIDADE CONTRATADA**, através de médicos e/ou prepostos, tenha acesso às informações clínicas, prontuários, relatórios e resultados de exames dos beneficiários do presente contrato, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres de quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional.

18 - DECLARAÇÕES DA CONTRATANTE

19.1 Qualquer alteração do presente contrato deverá ser por escrito e após prévia concordância das partes.

20 - DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 A **CONTRATADA** disponibilizará aos (as) beneficiários (as) vinculados (as) ao **CONTRATANTES** programas e atividades de medicina preventiva desenvolvidas pela **CONTRATADA** ou por órgãos governamentais, visando a prevenção de doenças. A participação em tais programas é de opção exclusiva do (a) beneficiário (a) vinculado (a) ao **CONTRATANTE**.

20.2 Fazem parte deste contrato recibos, orientador médico e carteira de identificação do Associado, que serão encaminhados ao **CONTRATANTE**, via correio, com exceção da carteira de identificação do Associado que está disponível no portal da **CONTRATADA** na internet (<https://www.biosaude.med.br/>), bem como quaisquer alterações posteriormente ajustadas.

20.3 O **CONTRATANTE** compromete-se de dar integral ciência aos seus beneficiários com referência aos termos, limitações, condições e exclusões do presente contrato.

20.4 O **CONTRATANTE** obriga-se a devolver a carteira de identificação de seus beneficiários ou declaração equivalente emitida pelos mesmos, qualquer que seja o motivo da cessação do atendimento médico-hospitalar, imediatamente após a paralisação do atendimento, responsabilizando-se pelos atos praticados após a citada rescisão contratual.

20.5 O **CONTRATANTE** declara que no ato da contratação, foi-lhe prestado todos os esclarecimentos necessários, principalmente com referência aos prazos de carências, Cobertura Parcial Temporária e Termo de Agravo (no caso de doenças e lesões preexistentes declaradas) e as exclusões contratuais, assim como que lhe foi oferecida a oportunidade aos seus beneficiários de, no preenchimento da declaração de saúde, solicitarem a assessoria do médico que se encontram à disposição na central de atendimento da **CONTRATADA**, sem quaisquer ônus, antes da efetivação da contratação.

20.6 A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer promessa, informação, promoções ou outros comprometimentos que não façam parte deste contrato, exceto quando por ela, devidamente e por escrito, previamente aprovado.

20.7 A **CONTRATADA** poderá solicitar em qualquer época, informações cadastrais e sobre o estado de saúde dos beneficiários da **CONTRATANTE** aos médicos, que os tenham assistido, assim como ter total acesso os seus prontuários médicos anteriores ou posteriores à assinatura deste contrato, ficando os mesmos autorizados a fornecer à **CONTRATADA** todas as informações solicitadas.

20.8 A **CONTRATADA** mantém em sua sede o serviço de atendimento ao cliente (SAC), para fornecer informações necessárias, orientações e esclarecimentos.

20.8.1 Fica expresso que se encontra a disposição da **CONTRATANTE** e seus beneficiários, no serviço de atendimento ao cliente da **CONTRATADA**, a tabela da Associação Médica Brasileira - AMB, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 10), legislação citada nas cláusulas anteriores, bem como todos os documentos citados no presente contrato.

20.9 A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá manter alterar ou criar controles, sistemas, métodos e rotinas administrativas, objetivando a manutenção do equilíbrio técnico e financeiro da carteira de beneficiários, diante à demanda e sinistralidade, sem prejuízo aos beneficiários e de acordo com a legislação vigente

20.10 O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** todos os documentos que lhe forem exigidos, necessários à prova de seus eventuais direitos, bem como levar ao conhecimento da **CONTRATADAS** quaisquer fatos que impliquem alterações contratuais.

20.11 Reconhece a **CONTRATANTE** que os atendimentos previstos neste contrato serão efetuados através de médicos, laboratórios, hospitais e profissionais credenciados, respondendo estes por eventuais falhas, erros ou omissões, em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e o Código de Ética Médica.

20.12 A **CONTRATADA** suspenderá os serviços ora contratados nos casos de epidemias, incêndios, cataclismos, convulsões sociais, guerra, racionamento ou outras circunstâncias excepcionais que venham alterar substancialmente as relações econômicas e equações financeiras deste contrato

21 - DO FORO DE ELEIÇÃO

21.1 As partes elegem o foro da cidade de São Paulo para solucionar quaisquer dúvidas ou controvérsias originadas deste contrato, renunciando expressamente, a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

_____, ____ de _____ de 20_____

**BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CONTRATADA**

CONTRATANTE

RG: _____

BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

 WWW.BIOSAUDE.MED.COM.BR