



BioSaúde



**CONDIÇÕES
GERAIS PF**

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.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - INDIVIDUAL / FAMILIAR AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

IMPORTANTE

1 - Leia com atenção todas as cláusulas deste contrato, especialmente aquelas relativas às carências, antes de preencher o formulário da proposta de adesão.

2 - Preencha corretamente a declaração de saúde, fornecendo as informações solicitadas, especialmente as relativas ao estado de saúde e as doenças ou lesões preexistentes. A omissão de informação de condição sabida de doença ou lesão prévia, sujeita à denúncia do contrato conforme o disposto no inciso II parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/98.

3 - Toda resposta afirmativa às indagações da declaração de saúde deverá ser esclarecida, informando a ocorrência, sintomas, data da constatação, cirurgias e tratamentos realizados.

4 - Para a regularidade e validade do contrato é essencial que as informações fornecidas sejam precisas, guardando a mais estrita boa-fé e veracidade, conforme o disposto no artigo 765 do Código Civil, sob pena de rescisão do contrato.

5 - Caso o proponente tenha dificuldade no preenchimento da declaração de saúde, poderá escolher um médico para orientá-lo.

6 - As patologias declaradas e suas consequências poderão, a critério do proponente, gerar agravamento do preço da mensalidade ou cobertura parcial temporária CPT (suspensão de determinadas coberturas por período de 24 meses), contadas a partir da data de início da vigência do contrato.

7 - As patologias não declaradas e detectadas na entrevista qualificada poderão ser declaradas pelo médico designado para tal evento através de termo de declaração de doenças ou lesão preexistente.

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.

ÍNDICE

TERMOS CONTRATUAIS/DEFINIÇÕES.	04
OBJETO.	07
NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO.	07
TIPO DE CONTRATAÇÃO E SEGMENTAÇÃO.	08
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.	08
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA.	08
VIGÊNCIA DO CONTRATO.	09
BENEFICIÁRIOS.	09
COBERTURAS.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURA.	13
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.	15
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	15
REMOÇÃO.	16
REEMBOLSO.	16
PERÍODOS DE CARÊNCIA.	17
PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.	18
MECANISMOS DE REGULAÇÃO.	18
FORMAÇÃO DE PREÇO.	20
PAGAMENTO DA TAXA MENSAL.	20
REAJUSTE.	21
RESCISÃO DO CONTRATO.	22
DISPOSIÇÕES GERAIS.	23
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.	24
FORO.	26

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. Paulista, nº 777, Bela Vista, CEP 01311-914 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 mantêm 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, líquido 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 a **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. Paulista, nº 777, 2º andar, Bela Vista, CEP 01311-914 e no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob nº. 924872, com registro ANS sob nº. 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 o **PROPONENTE TITULAR**, doravante denominado **CONTRATANTE**, devidamente identificado e qualificado na proposta de admissão parte integrante deste contrato.

1 - DO OBJETO

1.1 O objeto deste Contrato é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais escolhidos dentre os estabelecimentos credenciados, relacionados no Guia de Orientação ao Beneficiário para o plano contratado, visando a assistência médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em conformidade com a Lei 9.656/98, ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)** devidamente inscrito(s), observadas as coberturas, exclusões e limites estabelecidos neste Contrato

1.2 Estão cobertos por este Contrato todos os atendimentos e procedimentos médicos publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS de acordo com o Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato e legislação superveniente, ainda que relacionados com a Saúde Ocupacional e Acidente de Trabalho.

2 - DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.1 O presente contrato do Plano de Assistência à Saúde, é revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC) e da Lei nº 9.656/98.

3 - TIPO DE CONTRATAÇÃO E SEGMENTAÇÃO

3.1 INDIVIDUAL / FAMILIAR, ou seja, faculta ao PROPONENTE a sua inclusão e a de seu(s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S).

3.2 A CONTRATADA se compromete a prestar ao PROPONENTE e seus DEPENDENTES, assistência médica na(s) segmentação(ões) Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, nos termos deste contrato, através de serviços próprios e credenciados.

4 – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

4.1 A CONTRATADA oferece como opção contratual as seguintes acomodações observado o plano contratado de acordo com as informações constantes na Proposta de Admissão, a qual faz parte integrante e indissociável do presente Contrato:

a) Coletiva – 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.

b) Individual – Cobertura de atendimentos ambulatoriais, hospitalares, cirúrgicos, obstétricos, de acordo com as condições gerais e especiais estabelecidas neste contrato, com acomodação em quarto individual (apartamento) e rede referencial/credenciada diferenciada e direcionada, conforme discriminada em Orientador Médico.

4.2 Em casos de comprova indisponibilidade de leito hospitalar no padrão previsto no Contrato, em estabelecimentos próprios e/ou credenciado pela CONTRATADA, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

5– DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

5.1 - 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 Admissão, parte integrante e indissociável do presente Contrato.

5.1.2 A área de atuação (cobertura) do plano contratado estará definida na Proposta de Admissão.

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 do PROPONENTE e seus dependentes.

5.3 É facultada a substituição de entidade hospitalar credenciada, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao PROPONENTE 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.

5.4 Os prestadores de serviços médicos e hospitalares, credenciados 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 VIGÊNCIA DO CONTRATO

6.1 O presente Contrato terá duração de 12 (doze) meses, a contar do início de sua vigência que se dará a partir da assinatura da proposta de admissão, da assinatura do presente Contrato ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro e desde que cumpridas as seguintes condições:

a) a proposta tenha sido protocolada/entregue para cadastramento na CONTRATADA;
b) não tenha a CONTRATADA, dentro do prazo de 15(quinze) dias, pedido esclarecimentos, informações adicionais ou regularização da mesma pelo PROPONENTE. As comunicações serão feitas pela CONTRATADA ao PROPONENTE por qualquer um dos meios de comunicação, tais como: contato telefônico, e-mail, fax ou correspondência escrita. No caso desta última, será esta entregue no endereço indicado na Proposta de Admissão pelo PROPONENTE.

6.2 Caso a Proposta de Admissão não tenha sido aceita, independentemente de sua causa, e o PROPONENTE deixar de tomar as providências solicitadas pela CONTRATADA, especialmente no que diz respeito às exigências da RN nº 117 da ANS, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de tal solicitação, a Proposta.

6.3 A renovação do contrato, passado o prazo estipulado de vigência do contrato, em não havendo manifestação contrária do PROPONENTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, será automática e por prazo indeterminado, sendo que a CONTRATADA nunca poderá rescindi-lo, salvo em razão de fraude comprovada ou por inadimplência.

6.4 Não haverá cobrança de taxas na renovação.

6.5 O PROPONENTE poderá a qualquer tempo de vigência, requerer, de forma expressa, o cancelamento do contrato, cujos efeitos serão imediatos:

- a) Presencialmente na sede da CONTRATADA e/ou nos demais locais indicados pela mesma;
- b) Por meio dos canais de atendimento telefônico da CONTRATADA divulgados através do seu portal na internet (www.biosaude.med.br); ou
- c) Através de área específica e dedicada aos beneficiários do portal da CONTRATADA na internet (www.biosaude.med.br).

7 – BENEFICIÁRIOS

7.1 São considerados beneficiários, o titular signatário do presente contrato.

7.2 Poderá exercer a qualidade de beneficiário o grupo familiar do titular, 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 os 24 (vinte e quatro) anos completos;
- d) O enteado e o menor sob guarda e/ou tutelado judicialmente declarado, nas mesmas condições do(a) filho(a).

7.3 No prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis do recebimento das inclusões, a CONTRATADA providenciará o cadastramento do(s) BENEFICIÁRIO(S) e Ihe(s) fornecerá o correspondente Cartão de Identificação de Beneficiário digital, o qual deverá ser extraído através do portal da CONTRATADA na internet (www.biosaude.med.br) e/ou através de aplicativo disponibilizado pela CONTRATADA, e que deverá ser exibido toda vez que precisar utilizar dos serviços objetodeste Contrato, acompanhado de um documento de identificação oficial com foto (Carteira de Identidade, Carteira de Habilitação, Carteira de Conselhos Regionais, Certidão de Nascimento, esta última para crianças), sob pena de não ser atendido, não cabendo, neste caso, nenhuma responsabilidade a CONTRATADA. A consulta aos prestadores de serviços médico-hospitalares que integram a rede da CONTRATADA deverá ser consultada exclusivamente através do citado site nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

7.4 Os direitos e obrigações do(s) **BENEFICIÁRIO(S)**, inclusive no que se refere à carência, serão computados a partir de sua inclusão no plano de assistência à saúde, seja pela assinatura da Proposta de Admissão, seja pelo competente documento de inclusão de novo(s) **BENEFICIÁRIO(S)**.

7.5 Inclusão(ões) de novo(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)** feita(s) posteriormente ao cadastramento inicial, poderá(ão) ser realizada(s) mediante o pagamento da(s) Taxa(s) Mensal(is) de Manutenção vigente(s) na época do início do Contrato (para Contratos vigentes a menos de 12 (doze) meses), ou atualizada(s) de acordo com o último reajuste aplicado ao Contrato em que o(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)** estiver(em) sendo incluído(s), observado o disposto no Capítulo "Períodos de Carência".

7.6 É garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

7.7 O(s) recém-nascido(s) inscrito(s) até 30 (trinta) dias do nascimento, estará(ão) isento(s) das carências estabelecidas, desde que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** já as tenha cumprido, não podendo inclusive ser aplicado Cobertura Parcial Temporária e não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, respeitada a cobertura deste Contrato.

7.8 Àquele(s) inscrito(s) até 30 (trinta) dias do nascimento e durante o período de cumprimento de carência do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, aproveitarão as carências já cumpridas por este, respeitada a cobertura deste Contrato, podendo-lhe(s) ser atribuída a alegação de Doença ou Lesão Preexistente e a consequente opção pelo Regime de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, respeitada a cobertura deste Contrato.

7.9 Inscrições feitas após os 30(trinta) dias do nascimento, respeitarão os prazos de carências deste Contrato, podendo lhes ser atribuída a alegação de doença ou lesão preexistente e a consequente opção pelo regime de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.10 É garantida a inscrição de filho(s) adotivo(s), menor(es) de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

7.11 A **CONTRATADA** se reserva no direito de exigir do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou do(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)**, exame médico por profissional por ela indicado, arcando com todas as despesas necessárias.

7.12 Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo, do **PROPONENTE**, do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou do(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)**, documentação hábil que comprove o título argüido para sua inscrição, como o de grau de parentesco, dependência econômica, faixa etária e todos os demais, assim como os dados necessários exigidos pela ANS.

7.13 O não fornecimento da documentação em 5 (cinco) dias úteis da data de solicitação, isentará a **CONTRATADA** das obrigações assistenciais objeto deste Contrato, cabendo ao **PROPONENTE** ou ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** as responsabilidades decorrentes, inclusive, de ordem financeira, por todo e qualquer tratamento prestado, bem como causando exclusão do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** do Contrato por falta de comprovação desta qualidade.

7.14 O reingresso em qualquer plano da **CONTRATADA** de **BENEFICIÁRIO** que dela foi excluído fica condicionado a todas as exigências da Legislação em vigor, bem como ao pagamento dos débitos existentes devidamente corrigidos, que ensejaram o cancelamento do plano.

8 – COBERTURAS

8.1 Está garantido ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seu(s) eventual(is) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)** o atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, desde que decorrente de evento coberto, respeitando-se os prazos de carência e exclusões estabelecidos neste Contrato e seus anexos, bem como as alternativas de cobertura. As doenças e problemas relacionados à saúde cobertos por este Contrato, são aqueles constantes do Código Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10), limitando-se àqueles procedimentos definidos no Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato, e suas atualizações, sendo certo que os procedimentos, ainda que indicados por médicos

da Rede Credenciada da CONTRATADA, devem estar vinculados ao diagnóstico da patologia, cabendo ao médico assistente a definição da técnica a ser adotada para o tratamento, de acordo com os dispositivos a seguir:

8.2 COBERTURA AMBULATORIAL

8.2.1 Consultas médicas, sem limite, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

8.2.2 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizado como internação.

8.2.3 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e, adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, desde que necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e/ou emergência;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

8.2.3.1 Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas pelas autoridades de saúde para a reposição de sangue.

8.2.3.2 Cobertura para as seguintes terapias de acordo com os limites estabelecidos na legislação e regulamentação vigentes, em especial o Rol de Eventos e Procedimento em Saúde editado e publicado pela Agência Nacional de Saúde - ANS, e desde que prescritas pelo médico assistente:

- a) terapia ocupacional;
- b) nutricionista;
- c) fonoaudiologia;
- d) psicoterapia.

8.4 COBERTURA AMBULATORIAL PSIQUIÁTRICA

8.4.1 Nos casos dos portadores de transtornos mentais priorizará a CONTRATADA o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

8.5 COBERTURA HOSPITALAR

8.5.1 Compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, definidos e listados no Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato, e conforme os itens abaixo, obedecidas as características de cada plano.

8.5.2 Nas hospitalizações, estarão cobertos não só os honorários dos médicos assistentes, plantonistas e anestesistas, pertencentes ao corpo clínico da Rede Credenciada da CONTRATADA, como também as diárias, de acordo com o padrão de acomodação, enfermaria ou apartamento, bem como os materiais e medicamentos ali utilizados, além dos exames requeridos, observadas as coberturas, exclusões, limites e abrangência geográfica descritas neste Contrato.

8.5.3 A cobertura nas internações hospitalares sem limite de prazo e a critério do médico assistente inclui:

- a) diárias e taxas;

- b) honorários profissionais;
- c) serviços de apoio diagnóstico e terapêutico indispensáveis para diagnósticos, controle de tratamento e evolução da doença;
- d) materiais e medicamentos nacionais ou nacionalizados necessários e indicados para o tratamento;
- e) alimentação, inclusive dietética, prescrita pelo médico assistente;
- f) serviços de enfermagem (desde que não particulares);
- g) unidade de terapia intensiva, pediátrica e para adultos ou similar e neonatal;
- h) anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme disposto na alínea "d" inciso II, do art. 12 da Lei 9.656/98;
- i) despesas do acompanhante do BENEFICIÁRIO até 18 (dezoito) ou com 60 (sessenta) anos ou mais de idade, assim entendidas tão somente as relativas à acomodação.

8.5.4 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer, conforme Leinº 10.223 de 15/05/2001, através da Rede Credenciada da CONTRATADA, bem como as demais cirurgias plásticas reparadoras.

8.5.5 Cirurgias crânio / buco-maxilo-facial, incluindo cirurgias odontológicas, que necessitem de ambiente hospitalar.

8.5.6 Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista não estão incluídos na referida cobertura, a exceção dos procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa vigente que atualiza o rol de procedimentos de cobertura obrigatória fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

8.5.7 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação 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) terapias: fisioterapia, fonoaudiologia.

8.5.8 Cobertura de transplante de rim e córnea, os autólogos tais como, de pele, músculo, osso etc., desde que previstos no Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato, bem como as despesas com procedimentos vinculados.

8.5.9 Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

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

8.5.10 Nos casos de transplantes de órgãos, provenientes de doadores cadáveres, previstos neste Contrato, o candidato ao mesmo deverá, sempre que a legislação exigir, estar inscrito em uma das listagens dos Centros de Notificação e Captação de Doadores de Órgãos, e sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos dos mesmos.

8.6 COBERTURA OBSTÉTRICA

8.6.1 Compreende toda a cobertura ambulatorial prevista neste Contrato, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida da assistência ao parto, incluindo atendimentos obstétricos relacionados à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações da gestação, abortamentos, exclusivamente quando observada a legislação em vigor, bem como despesas de berçário e de um acompanhante indicado pela gestante beneficiária, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

8.6.2 Os partos normais ou cesáreas poderão ser realizados pela equipe de obstetras de plantão dos hospitais e maternidades da Rede Credenciada da CONTRATADA para esta finalidade.

8.6.3 ATENDIMENTO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO

8.6.3.1 Os Beneficiários terão direitos a todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

8.6.3.2 Internações hospitalares em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos.

8.6.3.3 Nos casos em que o Beneficiário ultrapassar os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de 01 (um) ano de contrato, o mesmo terá direito à continuidade do tratamento, mediante pagamento em coparticipação, da cobertura (dia) excedente em psiquiatria, incluindo valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares, conforme quadro abaixo.

EVENTO	% DE COPARTICIPAÇÃO
Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos	50 % (cinquenta por cento) após os primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano de Contrato.

8.6.3.4 A coparticipação nas internações psiquiátricas não caracterizará o financiamento integral da internação e está de acordo com o percentual máximo estabelecido no normativo vigente.

8.6.3.5 Ficarão garantidos aos Beneficiários, o atendimento e acompanhamento em regime de hospital-dia psiquiátrico, segundo rede de prestadores do seu plano, desde que observados pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CIDF84).

9 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1 Estão excluídos deste Contrato o atendimento ou a cobertura de custos ou reembolso para os eventos abaixo enumerados:

- 1) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2) procedimentos clínicos ou cirúrgicos, inclusive cirurgia plástica, para fins estéticos, exceto aqueles previstos no Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 3) inseminação artificial, independente de sua modalidade;
- 4) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; exceto para tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, como tal entendida aquela prejudicial à saúde e que causa doença. Sob ponto de vista médico, é considerada obesidade mórbida aquela que acomete o paciente

cujo IMC (Índice de Massa Corpórea) seja igual ou superior ao número determinado pelos Órgãos Oficiais competentes;

5) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e/ou sem registro da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária);

6) fornecimento de material importado quando existir material nacional ou nacionalizado para o mesmo fim;

7) fornecimento de vacinas e auto-vacinas;

8) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

9) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

10) tratamentos ilícitos e antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela autoridade competente;

11) casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

12) tratamento de emagrecimento, rejuvenescimento, repouso e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, SPAs, ou similares;

13) transplantes, exceto de córnea, rim, os autólogos, tais como, de pele, músculo, osso etc., estes desde que

previstos no Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato, bem como despesas com procedimentos vinculados;

14) fornecimento de medicação de manutenção para os casos de transplantes;

15) consultas e tratamentos domiciliares;

16) reembolso de qualquer natureza, inclusive de despesas realizadas no exterior, com exceção das situações previstas neste Contrato;

17) remoções por via aérea;

18) procedimentos e tratamentos odontológicos de qualquer natureza, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, estas últimas cobertas apenas dentro das condições e limites contratuais;

19) consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Logopedia e Reeducação Postural Global - RPG;

20) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, consultas domiciliares, "home care" ou seus equivalentes, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários, observado o disposto neste Contrato;

21) despesas com extraordinários, tais como: jornais, TV, telefonemas e gastos efetuados com frigobar e refeição para acompanhante;

22) procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

23) cirurgia oftalmológica refrativa para miopia de grau inferior a 5 (cinco);

24) qualquer procedimento, tratamento não previsto no Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato;

25) segurança do trabalho e readaptação profissional;

26) psicoterapia de apoio, se ultrapassado o número de 12 (doze) consultas/sessões por BENEFICIÁRIO, por ano de Contrato;

27) psicoterapia de crise, se ultrapassado o número de 12 (doze) consultas/sessões por BENEFICIÁRIO, por ano de Contrato;

28) novas técnicas de diagnóstico e tratamento que venham a ser implantadas após a assinatura do presente Contrato, desde que a técnica anteriormente aplicada já tenha sido considerada proscrita pelo Conselho Profissional competente;

29) despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste Contrato;

30) exames histopatológicos de placenta e necropsia;

31) procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste Contrato;

32) sonoterapia;

33) terapia ocupacional, se ultrapassado o número de 06 (seis) consultas/sessões por BENEFICIÁRIO, por ano de Contrato;

34) nutricionista, se ultrapassado o número de 06 (seis) consultas/sessões por BENEFICIÁRIO, por ano de Contrato;

35) fonoaudiologia, se ultrapassado o número de 40 (quarenta) consultas/sessões por BENEFICIÁRIO, por ano de Contrato.

36) os procedimentos que não constarem na Resolução Normativa da ANS, que fixa o rol de procedimentos com cobertura obrigatória, vigente na época de sua respectiva solicitação.

10 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1 O PROPONENTE/BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente e concorda que para manutenção deste Contrato é essencial que informe à CONTRATADA, expressamente na Declaração de Condições de Saúde, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura deste Contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

10.2 Poderá ser escolhido pelo BENEFICIÁRIO TITULAR um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos credenciados, pela CONTRATADA, para tal finalidade.

10.3 Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de prestadores credenciados da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

10.4 A entrevista qualificada se constitui na orientação, por profissional médico, ao BENEFICIÁRIO TITULAR, para o preenchimento da Declaração de Condições de Saúde, parte integrante deste Contrato e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio dos inscritos no Plano, de forma verídica e de boa fé.

10.5 O Médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento da Declaração de Condições de Saúde, todas as questões relativas às doenças e/ou lesões preexistentes.

10.6 Em caso de declaração positiva de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s), o(s) BENEFICIÁRIO(S) cumprirá(ão) a Cobertura Parcial Temporária por 24 (vinte e quatro) meses ou, a pedido do(s) BENEFICIÁRIO(S), a CONTRATADA poderá estudar a possibilidade de ofertar agravo.

10.7 Para a alternativa de Cobertura Parcial Temporária, durante os 24 (vinte e quatro) meses decorridos do início de vigência do Contrato ou da data de inclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S), não estarão cobertos os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, definidos em Rol de Procedimentos vigente à época da assinatura deste Contrato, respeitadas, ainda, as demais condições expressas neste Instrumento.

10.8 Caso a opção tenha sido pelo agravamento da Taxa Mensal de Manutenção, deverão ser obedecidos os períodos de carência previstos nesse contrato.

11 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

11.1 Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, para os casos de urgência e/ou emergência, e que serão realizados conforme a seguir:

11.2 Urgências e/ou Emergências durante o período de Carência e/ou Cobertura Parcial Temporária:

11.3 Durante o cumprimento dos períodos de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária por doenças e/ou lesões preexistentes, o BENEFICIÁRIO terá assegurado a cobertura de até 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial em regime de Pronto Atendimento. Caso seja necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar ou internação cirúrgica, internação em leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade definidos e Normas Vigentes da ANS, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira, a partir da internação ou realização de procedimentos de alta complexidade, a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo nenhum ônus à CONTRATADA

11.4 Nos casos de urgência e/ou emergência em geral, ou aquelas envolvendo acidentes pessoais ou, ainda, intercorrências do processo gestacional, o BENEFICIÁRIO deverá se dirigir ao hospital, pronto-socorro ou serviço especializado, constantes na relação da Rede Credenciada da CONTRATADA.

11.5 Havendo necessidade de internação, o **BENEFICIÁRIO** ou responsável deverá acionar a Central de Serviços ao Cliente 24 horas, no prazo máximo de **01 (um) dia útil**, para regularização da internação, apresentando as razões concernentes ao ato, encaminhando, também, a declaração do médico assistente, procedimento este que não visa o impedimento do atendimento em questão;

11.6 Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que implique em risco de vida ou de danos físicos para o próprio **BENEFICIÁRIO** ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto- agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes nos casos de tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ Revisão CID 10, respeitado o disposto nos itens anteriores.

12 – REMOÇÃO

12.1 Estão cobertas as remoções terrestres em ambulância que possua os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, solicitadas e justificadas pelo médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado, desde que destinadas ao atendimento do **BENEFICIÁRIO** durante evento coberto e quando observada uma das seguintes condições:

- a) para pacientes internados que necessitem de serviço complementar em unidade localizada fora do hospital;
- b) para transferência entre estabelecimentos hospitalares;
- c) nos casos especificados na Resolução CONSU nº 13 a saber:
 - c1) remoção, após realizados os atendimentos classificados como de urgência e/ou emergência, nos casos não cobertos por este Contrato, visando a continuidade de atendimento, cessando a responsabilidade da CONTRATADA quando efetuado o registro de internação na unidade do SUS;
 - c2) remoção, após realizados os atendimentos de urgência e/ou emergência, nos casos cobertos por este Contrato, na falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

13 – 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 beneficiário 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 diagnóstico 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 será reconhecido 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 depósito/transferência bancária em conta corrente do beneficiário titular, ou do seu responsável legal quando menor de idade.

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 beneficiário (a) deverá caracterizar perfeitamente o evento, através da documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

14 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1 As coberturas previstas neste Contrato passam a vigorar, após decorridos os prazos de carências, a seguir indicados, contados a partir da data de início de vigência individual de cada BENEFICIÁRIO.

Alíneas	Prazo para aquisição do direito de uso	Procedimentos/Eventos Médicos e/ou Hospitalares coberto
I	24 HORAS	Atendimento de Urgência e/ou emergência.
II	30 DIAS	Consultas médicas eletivas; Exames laboratoriais de bioquímica, fezes, urina, RX simples.
III	120 DIAS	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: Exames e procedimentos realizados em regime ambulatorial, Imobilização não Gessada, Ultrassonografia simples, Teste Ergométrico, Audiometria, Tonometria, Acuidade Visual.
IV	150 DIAS	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: Endoscopia, Nasolaringoscopia, Biópsia, Imobilização Gessada, Ecocardiografia, RX Contrastado, Holter, Mapa, Mamografia Convencional, Punção Articular, Ecodoppler, Prova de Função Pulmonar, Anatomopatologia e testes alérgicos, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e Colposcopia, Vulvoscopia e Papanicolau
V	180 DIAS	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: Exames de hormônios, sorologias, vitaminas, Ressonância Magnética, Tomografia, Retossigmoidoscopia, Densitometria, Cintilografia, Colonoscopia, Urodinâmica Completa, Doppler Colorido, Broncoscopia, Angiofluorescenciografia, Hemodiálise, Diálise, Vídeoendoscopia, Quimioterapia, hemoterapia, USG Morfológico, Implante de DIU e mais todos os PAC – Procedimento de Alto Custo constantes no Rol da Agência Nacional de Saúde vigente.
VI	180 DIAS	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: Internações clínicas, cirúrgicas, leitos de alta complexidade, internações e tratamentos ambulatoriais em casos de psiquiatria e dependência química.
VII	300 DIAS	Parto a termo.

14.2 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 (www.biosaude.med.br) ou através dos canais de atendimento também divulgados no site da CONTRATADA.

14.3 Para a realização dos exames, procedimentos ou hospitalizações descritos nos grupos de carências supra, a CONTRATADA fornecerá ao BENEFICIÁRIO a prévia "AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO" através de Guia, Senha ou outro tipo de autorização, respeitadas, ainda, as demais condições estabelecidas neste Contrato.

15 – PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 O(s) cancelamento(s) do(s) Plano(s) do(s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) deve(m) ser comunicado(s), formalmente, pelo PROPONENTE ou BENEFICIÁRIO TITULAR à CONTRATADA, acompanhado(s) do(s) respectivo(s) Cartão(ões) de Identificação do(s) BENEFICIÁRIO(S), para evitar o uso indevido dos serviços, cujas despesas, então correrão por conta do PROPONENTE ou BENEFICIÁRIO TITULAR.

15.2 A exclusão, de qualquer BENEFICIÁRIO falecido, como a de qualquer outro BENEFICIÁRIO, ocorrerá a partir do 1º (primeiro) dia do período de cobertura seguinte ao da comunicação, que deverá ser efetuada por escrito e com 30 (trinta) dias de antecedência do próximo vencimento, cessando daí em diante a cobrança da respectiva Taxa Mensal de Manutenção.

15.3 No caso de falecimento do PROPONENTE, esse fato deverá ser comunicado formalmente à CONTRATADA, em um prazo de até 30 (trinta) dias, para a correspondente substituição do mesmo, por outro PROPONENTE, maior e capaz, constante do grupo familiar já inscrito, pois a omissão do fato implicará na rescisão de pleno direito desta avença. No caso de não haver, no grupo familiar já inscrito, BENEFICIÁRIO maior e capaz, a CONTRATADA aceitará uma terceira pessoa, física ou jurídica, que venha a assumir a responsabilidade pelos pagamentos das Taxas Mensais de Manutenção.

16 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1 De acordo com o escopo da legislação pertinente, especialmente a Lei 9.656/98 e suas normatizações e/ou resoluções emitidas pela ANS em relação aos serviços de planos de saúde, o presente Contrato - com todas as suas cláusulas, condições e definições - busca estabelecer mecanismos de gerenciamento e regulação dos serviços nele previstos, bem como na forma de prestação destes serviços ao(s) seu(s) BENEFICIÁRIO(S).

16.2 A CONTRATADA poderá promover ações voltadas ao DIRECIONAMENTO, REFERENCIAMENTO, HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e PORTA DE ENTRADA, dentro de sua Rede Preferencial e/ou Credenciada, em todas as especialidades e procedimentos cobertos pelo presente Contrato, privilegiando os locais de atendimento que considerar preferenciais e constantes do Guia de Orientação ao Beneficiário. Entende-se como:

16.2.1 DIRECIONAMENTO: quando os procedimentos elencados no Guia de Orientação ao Beneficiário do plano contratado, possam ser realizados, somente, nos prestadores indicados e mediante encaminhamento da CONTRATADA ou do prestador preferencial.

16.2.2 REFERENCIAMENTO: o ato de referenciar prestadores da sua Rede Preferencial e/ou Credenciada, através da qual o BENEFICIÁRIO poderá utilizar os procedimentos contratados.

16.2.3 HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO: são os procedimentos definidos nos termos do presente contrato e somente autorizados quando devidamente justificados e com o intuito de complementarem o diagnóstico proveniente de outro procedimento anteriormente realizado.

16.2.4 PORTA DE ENTRADA: os casos em que os procedimentos envolvidos na prestação dos serviços objeto deste instrumento se iniciam obrigatoriamente nos prestadores preferenciais indicados na rede credenciada do plano contratado. A continuidade do atendimento, se necessária, estará sujeita ao encaminhamento, pelo prestador preferencial, aos profissionais e serviços integrantes da Rede Preferencial e/ ou Credenciada da CONTRATADA, através de guia. respectivo plano contratado

16.3 Todo e qualquer procedimento e/ou serviços previstos neste Contrato terão início na Rede Preferencial e/ou Credenciada da CONTRATADA, dentro das condições previstas nos termos do presente contrato no respectivo plano contratado.

16.4 Cabe ao BENEFICIÁRIO o agendamento e comparecimento ao local de realização do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, constante na Rede Preferencial e/ou Credenciada da CONTRATADA, indicado pelo prestador preferencial.

16.5 A CONTRATADA poderá, a critério operacional ou devido às exigências legais, modificar a rotina de obtenção de autorização prévia.

16.6 Todas as internações eletivas serão solicitadas pelos Prestadores constantes da Rede Preferencial e/ou Credenciada da CONTRATADA, indicando o recurso hospitalar que seja parte integrante desta Rede Assistencial e dentro das condições previstas nos termos do presente contrato do respectivo plano contratado.

16.7 Para a liberação de guia ou senha para utilização de material ou prótese, o médico assistente do paciente deverá apresentar relatório circunstanciado justificando tal necessidade. A utilização de material importado ficará condicionada à inexistência de material nacional ou nacionalizado, assim definidos pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

16.8 As internações hospitalares serão determinadas única e exclusivamente por critérios médicos. No caso do BENEFICIÁRIO permanecer hospitalizado após alta médica, correrá por sua conta toda e qualquer despesa decorrente do período excedente.

16.9 Se o BENEFICIÁRIO optar por um padrão de conforto superior ao previsto em seu Contrato, desde que haja disponibilidade de vaga em tal padrão, o próprio BENEFICIÁRIO ou seu(s) responsável(is), arcará(ão) com as correspondentes diferenças de custos dos honorários médicos e hospitalares, acertando diretamente com o médico e com o hospital, eximindo-se a CONTRATADA de qualquer responsabilidade ou ônus por essa mudança.

16.10 A CONTRATADA disponibilizará Rede Preferencial e/ou Credenciada para utilização do(s) BENEFICIÁRIO(S), de acordo com o Plano adquirido e de acordo com a abrangência geográfica estabelecida neste Contrato.

16.11 A alteração da Rede Hospitalar Preferencial e/ou Credenciada, por substituição do prestador por equivalente, envolve a comunicação prévia e, no caso de redução, a autorização da ANS e a comunicação ao PROPONENTE, que dará ciência ao(s) BENEFICIÁRIO(S) com 30 (trinta) dias de antecedência, exceto se tal alteração decorrer de infração, por parte do credenciado, às normas sanitárias ou fraude comprovada.

16.11.1 Em qualquer hipótese, a CONTRATADA se responsabiliza pela remoção do BENEFICIÁRIO internado no prestador a ser excluído ou substituído, de modo que não haja interrupção do atendimento. Não sendo possível a remoção do BENEFICIÁRIO por motivos médicos comprovados, a CONTRATADA se responsabilizará pela manutenção do atendimento ou até que ele adquira tal condição.

16.12 A inclusão de qualquer profissional e/ou estabelecimento no Guia de Orientação ao Beneficiário dependerá de concordância do prestador, bem como de análise técnica/médica da CONTRATADA. A exclusão poderá ser efetuada por pedido do prestador ou por iniciativa da CONTRATADA, respeitado o estabelecido no artigo 17, parágrafo 1º da Lei nº 9.656/98.

16.13 Uma vez obedecida a legislação em vigor, a Rede Preferencial e/ou Credenciada poderá sofrer alterações a critério da CONTRATADA, sem consulta ou prévia comunicação ao PROPONENTE; contudo, a Rede atualizada estará sempre à disposição dos BENEFICIÁRIOS junto à Central de Serviços ao Cliente 24 horas e no site (www.biosaude.med.br).

16.14 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.

16.15 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.

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

16.17 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.

16.18 A CONTRATADA pagará os honorários do médico que nomeou, do médico nomeado pelo Beneficiário Titular, bem como do desempatador.

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

16.20 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.

16.21 A CONTRATADA coloca à inteira disposição do(s) BENEFICIÁRIO(S), a Central de Serviços ao Cliente 24 horas e o site (www.biosaude.med.br)

16.22 A CONTRATADA poderá proceder a realização de exames clínicos de avaliação do(s) BENEFICIÁRIO(S) de acordo com os dados constantes da Proposta de Admissão e da Declaração de Condições de Saúde.

16.23 A CONTRATADA poderá adotar outros mecanismos de regulação, que não os previstos neste Contrato, visando a melhor operacionalização e regulação do atendimento, sempre respeitando as condições dispostas na legislação em vigor, sendo esses novos mecanismos informados previamente através do Guia de Orientação ao Beneficiário e/ou material publicitário a ser distribuído pela CONTRATADA, bem como disponíveis no site (www.biosaude.med.br).

16.24 O PROPONENTE/BENEFICIÁRIO TITULAR deverá esclarecer plenamente o (s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) sobre os direitos e obrigações dos mesmos, visando a correta utilização dos serviços contratados.

16.25 No caso de quimioterapia oncológica ambulatorial, fica reservado a CONTRATADA, o direito de encaminhar o BENEFICIÁRIO para a Rede Preferencial, sempre que assim entender necessário.

17 – FORMAÇÃO DO PREÇO

17.1 Os serviços serão prestados ao(s) BENEFICIÁRIO(S), devidamente inscrito(s) e aceito(s) pela CONTRATADA, mediante o pagamento de uma "Taxa Mensal de Manutenção" pré-fixada, na proposta de admissão.

18 – PAGAMENTO DA TAXA MENSAL

18.1 DA MENSALIDADE

18.1.1 O PROPONENTE pagará à CONTRATADA, antecipadamente, pelos BENEFICIÁRIOS inscritos, uma Taxa Mensal de Manutenção, por pessoa, conforme consta da Proposta de Admissão e respeitadas as diversas faixas etárias.

18.1.2 A data de vencimento do boleto será a mesma que a da assinatura da Proposta de Admissão, desde que esta seja aprovada e validada pela CONTRATADA.

18.1.3 O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança, não desobriga o PROPONENTE de efetuar o seu pagamento no prazo do vencimento mensal. Quando a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário o PROPONENTE poderá efetuar o pagamento até o 1º (primeiro) dia útil subsequente.

18.1.4 Os pagamentos deverão ser feitos até a data do seu vencimento, na rede bancária indicada pela CONTRATADA, ou outros locais, também por ela indicados, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer outro documento determinado pela CONTRATADA. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação

18.1.5 O pagamento antecipado das Taxas Mensais de Manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

18.1.6 O pagamento da Taxa Mensal de Manutenção após o vencimento, ficará sujeito à correção monetária a ser computada com base na variação proporcional do IGPM-FGV (Índice Geral de Preços de Mercado, da Fundação Getúlio Vargas), no período do atraso do respectivo pagamento, acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados "pro rata die", sobre o valor principal.

18.1.6.1 Os encargos aqui previstos constarão de competente título de crédito, emitido pela CONTRATADA.

18.1.7 À CONTRATADA é assegurado o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da Taxa Mensal de Manutenção não paga pelo PROPONENTE, a contar da data do inadimplemento, independentemente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

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

18.1.9 O PROPONENTE admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das Taxas Mensais de Manutenção, do uso indevido, do que exceder a cobertura contratada, inclusive dos serviços não cobertos e do uso dentro dos prazos de carências, previstos neste Contrato.

18.2 OUTROS PAGAMENTOS

18.2.1 Serão cobrados com base no valor repassado pelo estabelecimento que prestou o atendimento, acrescido de 20% (vinte por cento) de taxa administrativa e respectivos tributos (PIS, COFINS e ISS), os atendimentos decorridos de uso indevido, quer seja por falta de devolução de toda documentação de identificação destinada ao uso dos serviços deste Contrato, após a exclusão do BENEFICIÁRIO ou cancelamento do Contrato; quer seja por qualquer outro serviço não contemplado nas coberturas contratadas; quer seja por eventuais serviços em curso após a rescisão do Contrato, como internações e/ou serviços que não necessitam de senha, respeitada a Legislação vigente.

18.2.2 As faturas correspondentes a serviços não cobertos e/ou solicitados e autorizados pelo PROPONENTE, bem como as referentes ao uso indevido, deverão ser pagas dentro de 15 (quinze) dias de sua apresentação, desde que sejam justificadas pela CONTRATADA, que deverá fornecer todos os comprovantes necessários para a cobrança.

19 – REAJUSTE

19.1 As Taxas Mensais de Manutenção serão reajustadas anualmente mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou qualquer outro órgão que venha a substituí-la.

19.2 REAJUSTE POR FAIXAS ETÁRIAS

19.2.1 A Taxa Mensal de Manutenção será distribuída em 10(dez) faixas etárias, de acordo com o que estabelece o artigo 2º da Resolução Normativa nº 63, expedida pela ANS.

19.2.2 Independentemente dos reajustes previstos neste contrato, fica certo que ocorrendo alteração de faixa etária, em razão da idade do(s) BENEFICIÁRIO(S), a Taxa Mensal de Manutenção será recalculada no mês seguinte àquele em que ocorreu esta alteração, respeitando as seguintes variações para ajuste à nova faixa etária:

Reajuste por Faixa Etária - %	
FAIXA ETÁRIA	
0 a 18	0,00%
19 a 23	10,00%
24 a 28	4,89%
29 a 33	4,95%
34 a 38	12,47%
39 a 43	22,02%
44 a 48	36,54%
49 a 53	24,05%
54 a 58	20,21%
59 ou mais	46,04%

19.2.3. Os percentuais de reajuste observam os seguintes critérios: o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.

19.2.4. Caso coincidam os meses de reajuste das Taxas Mensais de Manutenção do Contrato com o mês de mudança de faixa etária, primeiro far-se-á a correção das taxas previstas com base no reajuste financeiro e técnico e, a seguir, aplicar-se-á sobre o valor encontrado o percentual de aumento correspondente à nova faixa etária.

19.2.5. Os valores das Taxas Mensais de Manutenção relativas à inclusão(ões) do(s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S), independente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do Contrato, unificando-se as respectivas datas bases, sem prejuízo de quaisquer outros reajustes eventualmente aplicados.

19.3. Na ausência de regulamentação oficial sobre reajuste ou caso os custos médicos hospitalares e administrativos ultrapassem o índice fixado pela ANS, as Taxas Mensais de Manutenção terão reajuste financeiro de acordo com a variação dos custos assistenciais da CONTRATADA, e objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do contrato, os preços poderão, ainda, ser reajustados com base na sinistralidade acumulada do grupo de beneficiários integrantes da carteira denominada Plano Individual/Familiar, caso a aplicação dos reajustes financeiro e por faixa etária não sejam suficientes para reequilibrar o contrato.

20 – RESCISÃO DO CONTRATO

20.1. Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, e, desde que não haja BENEFICIÁRIO TITULAR internado, o presente Contrato será rescindido de pleno direito:

20.1.1. Na hipótese de não pagamento da contraprestação pecuniária mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sempre considerando os últimos 12 (doze) meses de Contrato, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, observados os ritos previsto pela legislação e regulamentação vigentes.

20.1.1.1. Para fins da notificação prevista no item imediatamente anterior as partes contratantes se declaram cientes e concordes que será o local do seu domicílio, declarado na Proposta de Contratação/Adesão. Declara-se o Beneficiário totalmente ciente e concorde que qualquer alteração do endereço do seu domicílio deverá ser imediatamente informada à CONTRATADA.

20.1.2. O cancelamento do presente contrato em detrimento do não pagamento das contraprestações pecuniárias mensais nos termos do item 20.1.1.1 acima não quita os eventuais débitos do Beneficiário com a CONTRATADA, os quais serão exigíveis e passíveis e inclusão do nome do Beneficiário e/ou Responsável Financeiro perante os Órgãos de Proteção ao Crédito.

20.1.3. Sempre que, por fraude, omissão ou dolo, obtiver o BENEFICIÁRIO TITULAR ou o(s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) qualquer vantagem indevida.

20.1.4. Por solicitação escrita do PROPONENTE ou BENEFICIÁRIO TITULAR, inclusive se este ou seu BENEFICIÁRIO DEPENDENTE estiver internado.

20.2. No caso de encerramento ou cancelamento do Contrato, o BENEFICIÁRIO TITULAR e o(s) respectivo(s) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) se obrigam a devolução à CONTRATADA, de toda a documentação de identificação destinada ao uso dos serviços deste Contrato, sob pena de assim não o fazendo arcarem com as despesas relativas ao uso indevido.

20.3. O PROPONENTE declara que recebeu previamente a contratação o "Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS", assim como o "Guia de Leitura Contratual – GLC" e "Carta de Orientação", sobre os quais foi orientado.

20.4. Independentemente do cancelamento do Contrato, fica ressalvado a CONTRATADA o direito de cobrar valores não pagos pelo PROPONENTE ou BENEFICIÁRIO TITULAR durante a vigência dos serviços assistenciais.

21 – DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 O PROPONENTE/BENEFICIÁRIO TITULAR, em seu nome e de seus dependentes autoriza, 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 e para o bom e fiel desempenho de suas atividades de auditoria que a 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.

21.2 O PROPONENTE declara que se responsabiliza pela veracidade e exatidão das informações e documentos apresentados para a aceitação e formalização pela CONTRATADA, do presente instrumento, documentos aos quais fica condicionada a validade deste Contrato do Plano de Assistência à Saúde e seus respectivos Aditivos, sob pena de não ter direito aos serviços contratados e ao reembolso, à qualquer título ou indenização.

21.10 O presente Contrato obriga as partes contratantes por si, seus herdeiros e sucessores.

21.11 São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja, os direitos emanados desta avença.

21.12 A tolerância das partes não implica em perdão, renúncia, alteração ou novação do disposto neste Contrato, constituindo-se tão somente mera liberalidade.

21.13 A Lei 9.656/98 e sua Regulamentação vigente à época da assinatura deste Contrato prevalecem sobre quaisquer cláusulas e condições nele estipuladas.

21.14 Em caso do não cumprimento das condições estabelecidas neste Contrato, a PROPONENTE arcará com todas as despesas, além das demais implicações legais.

21.15 O relacionamento dos colaboradores pertencentes ao GRUPO NOTRE DAME INTERMÉDICA, controladora da CONTRATADA, com os fornecedores e parceiros são pautados no Programa de

Compliance (Anexo), bem como no Código de Conduta Ética, disponibilizado no www.gndiminas.com.br, e no www.gndi.riweb.com.br, sendo certo que qualquer prática por parte dos prepostos diversa das contidas no referido Código serão consideradas nulas para todos os fins e efeitos, podendo, ainda, constituir causa bastante para rescisão deste contrato se constatada a participação ou concorrência da outra parte no contrato para configuração da infração, em especial nas hipóteses de corrupção.

21.16 Em conformidade com as normas vigentes, as Partes admitem e concordam, para todos os fins e efeitos de direito, que a assinatura eletrônica da proposta de contratação referente ao presente contrato supre a assinatura deste instrumento, pelo que reconhecem, desde já, sua autoria, validade, eficácia, integridade e autenticidade, ainda que sem a aplicação de certificado digital.

22 – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

22.1 As Partes, em comum acordo, submetem-se ao cumprimento dos deveres e obrigações referentes à proteção de Dados Pessoais e se obrigam a tratar os Dados Pessoais coletados no âmbito do presente Contrato, se houver, de acordo com a legislação vigente aplicável, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados” ou “LGPD”), no que couber e conforme aplicável, e a regulamentação pertinente, tais como as regras da ANS. As Partes, deverão também garantir que seus empregados, agentes e subcontratados, quando compartilhados com estes, observem os dispositivos dos diplomas legais em referência relacionados à proteção de dados, incluindo, mas não se limitando, à LGPD.

22.2 Cada Parte deverá assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte tenham sido coletados em conformidade com a legislação aplicável. As Partes deverão tomar as medidas necessárias, incluindo fornecer informações adequadas aos titulares de dados e garantir a existência de uma base legal, para que a outra Parte tenha o direito de receber tais Dados Pessoais para os fins previstos neste Contrato. A Parte que fornecer os Dados Pessoais deve se responsabilizar pelo envio seguro de tais dados para a outra Parte.

22.3 A CONTRATANTE reconhece que, para fins da gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência à saúde e demais serviços contratados pelo presente Contrato, a CONTRATADA necessita receber e tratar todos os Dados Pessoais mencionados no presente Contrato ou nos demais documentos que regulam a relação com a CONTRATANTE ou com os Beneficiários, bem como outros que possam vir a ser necessários no caso concreto. A CONTRATADA poderá receber esses Dados Pessoais do próprio CONTRATANTE, de corretores que intermediam a relação com a CONTRATADA e, no decorrer do uso dos serviços de assistência à saúde, a CONTRATADA receberá os Dados Pessoais do Beneficiário, da Rede Credenciada, da Rede Própria ou de outros atores envolvidos na prestação dos serviços. A CONTRATADA não será responsável por eventuais danos causados pelo tratamento de Dados Pessoais desatualizados, imprecisos ou de qualquer forma incorretos que tenha recebido.

22.3.1 Os Dados Pessoais serão tratados nos termos do presente Contrato, da legislação aplicável e das demais políticas e documentos aplicáveis a presente relação. A título exemplificativo, a CONTRATADA tratará Dados Pessoais para (i) elaborar proposta de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e/ou dental mais aderente às necessidades da CONTRATANTE e de seus colaboradores, (ii) gestão do início da relação com a CONTRATANTE e com o Beneficiário, incluindo, mas não se limitando a verificação de elegibilidade contratual e cadastro para emissão de carteirinha de plano de saúde; (iii) confirmação da identidade e via dados pessoais, como RG, CPF, data de nascimento e nome da mãe do Beneficiário para fins de atendimento e identificação da abrangência e padrão de acomodação do contrato de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e/ou dental; (iv) manutenção e gestão dos contratos existentes e valores devidos; (v) fornecimento geral de atendimento ao Beneficiário e ao CONTRATANTE; (vi) atendimento de órgãos reguladores e obrigações legais ou regulamentares, conforme aplicável; (vii) cumprimento de ordem judicial e instrução de processos judiciais; (viii) realização de reembolso; (ix) aprimoramento dos serviços da CONTRATADA e da relação com o Beneficiário e com a CONTRATANTE; (x) realização de pesquisas de satisfação; (xi) envio de

comunicações aos Beneficiários pertinentes à prestação de serviços contratados; (xii) participação do Beneficiário em programas de saúde que venham a ser ofertados pela CONTRATADA; (xiii) continuidade do tratamento do Beneficiário em regime de internação domiciliar (“home care”); (xiv) disponibilização do clube de benefícios e vantagens (“Interclube”) da CONTRATADA; (xv) tratativas realizadas pelos canais de comunicação e/ou atendimento da CONTRATADA; (xvi) contato com beneficiário para esclarecimentos a respeito da sua Declaração de Saúde, entre outros; (xvii) para fins de auditoria para pagamento de contas a prestadores de serviços médicos e acompanhamento de indicadores de qualidade.

22.3.2 A CONTRATANTE reconhece ainda que, conforme necessário para a gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência à saúde e demais contratados, a CONTRATADA poderá compartilhar os Dados Pessoais com empresas do mesmo grupo econômico ou com terceiros fornecedores ou prestadores de serviço autorizados, tais como auditores médicos, equipe médica, unidades de saúde, prestadores médicos credenciados, seguradoras e operadoras de planos de saúde, institutos de pesquisa de opinião e científica, laboratórios farmacêuticos, fornecedores logísticos, empresas de conectividade com a rede credenciada de prestadores de serviços médicos, dentre outros, sendo que tais terceiros tratarão os Dados Pessoais exclusivamente para as finalidades permitidas pela CONTRATADA.

22.4 Se qualquer uma das Partes receber uma reclamação, consulta ou solicitação de um titular de dados em relação ao tratamento de Dados Pessoais (incluindo, sem limitação, qualquer solicitação de acesso, retificação, exclusão, portabilidade ou restrição de tratamento de dados pessoais) de acordo com o Artigo 18 da LGPD e, caso a assistência da outra Parte seja necessária para responder a reclamação, consulta e/ou solicitação, essa Parte deverá notificar a outra Parte, dentro de cinco (5) dias úteis. Neste caso, a Parte notificada cooperará com a Parte notificante;

22.5 Cada Parte será individualmente responsável pelo cumprimento de suas obrigações decorrentes da LGPD e de eventuais regulamentações emitidas posteriormente por autoridade reguladora competente.

22.6 Cada Parte se compromete a manter os Dados Pessoais em sigilo, adotando medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os Dados Pessoais contra acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão (“Tratamento não Autorizado ou Incidente”).

22.6.1 Cada Parte notificará a outra Parte por escrito, em até 72 horas, sobre qualquer Tratamento não Autorizado ou Incidente ou violação das disposições desta Cláusula, ou se qualquer notificação, reclamação, consulta ou solicitação for feita por uma autoridade reguladora devido ao tratamento dos Dados Pessoais relacionado a este Contrato. Tal notificação deverá conter, no mínimo: (i) a descrição da natureza dos dados pessoais afetados; (ii) informações sobre os titulares envolvidos; (iii) informação sobre as medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados; (iv) os riscos relacionados ao incidente; (v) os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata; e (vi) as medidas que foram ou que serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo causado.

22.7 Cada Parte será responsável perante a outra Parte (“Parte Prejudicada”) por quaisquer danos causados em decorrência (i) da violação de suas obrigações no âmbito deste Contrato ou (ii) da violação de qualquer direito dos titulares de dados, devendo ressarcir a Parte Prejudicada por todo e qualquer gasto, custo, despesas, honorários de advogados e custas processuais efetivamente incorridos ou indenização/multa paga em decorrência de tal violação.

22.7.1 Para fins do disposto nesta Cláusula, caso a Parte Prejudicada receba qualquer reivindicação que deva ser indenizada pela outra Parte, ela deverá: (i) notificar a Parte responsável, conforme Cláusula 21.4; (ii) conceder à Parte responsável controle exclusivo sobre a demanda; (iii) abster de praticar qualquer ato ou assinar qualquer acordo, sem a prévia anuência da Parte responsável.

22.7.2 A Parte responsável poderá escolher assessores legais da sua confiança, devendo arcar com todos os custos, despesas e honorários para a defesa da Parte demandada, sem prejuízo da Parte Prejudicada, a seu critério e expensas, contratar assessor próprio.

22.8 Sem prejuízo de eventual cooperação em conjunto no caso de atendimento de direitos dos titulares e notificação sobre Tratamento não Autorizado ou Incidente, as Partes respondem perante as autoridades competentes, por seus próprios atos e omissões que deram causa ao descumprimento da legislação e normas aplicáveis.

23 – FORO

23.1 As partes elegem o foro de domicílio do PROPONENTE para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

_____, _____ de _____ de 20_____

PROponente/ BENEFICIÁRIO TITULAR E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____

RG: _____

**BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
 CONTRATADA**

TESTEMUNHA 1

Nome: _____

RG: _____

TESTEMUNHA 1

Nome: _____

RG: _____

BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.



WWW.BIOSAUDE.MED.COM.BR