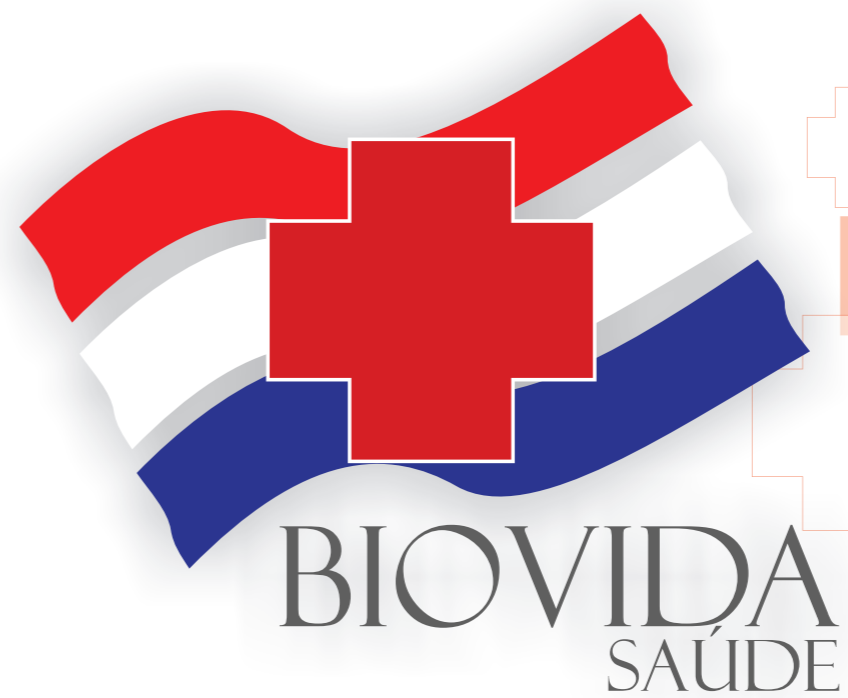


Rua Barão de Itapetininga, 151 - 2º andar - Cj. 22
República - São Paulo - SP
www.biovidasaude.com.br

ATENDIMENTO AO CLIENTE
11 4872-0707 | 11 4063-3550

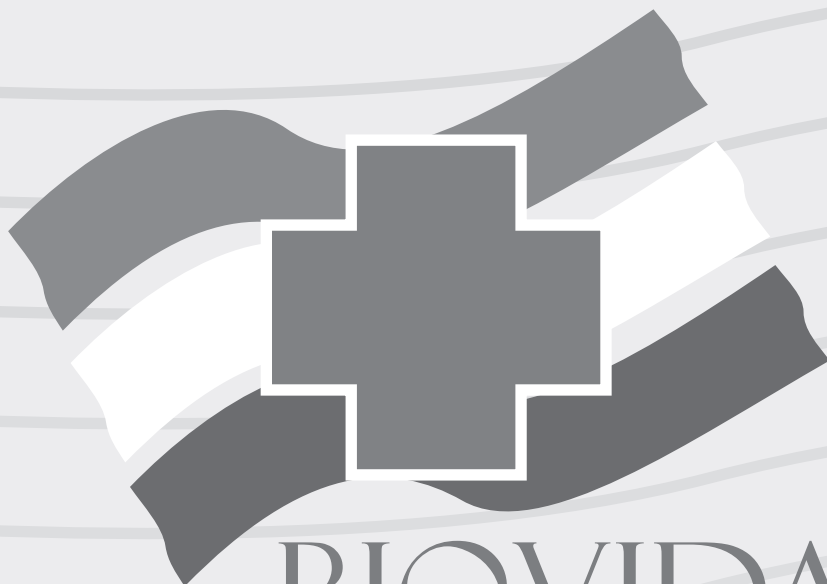
CONTRATO-BV PF SP/ABC ENF - ABR2017 - V1.0

ANS: 41511-1



CONTRATO BV PF SP/ABC

ENFERMARIA



BIOVIDA
SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS
PLANO INDIVIDUAL E FAMILIAR

ANS: 41511-1

ÍNDICE

CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	4
CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
CLÁUSULA III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	5
CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES CONTRATUAIS	14
CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO	16
CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	17
CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	17
CLÁUSULA VIII- DO REEMBOLSO	19
CLÁUSULA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	20
CLÁUSULA X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	23
CLÁUSULA XI – REAJUSTE	23
CLÁUSULA XII – FAIXAS ETÁRIAS	24
CLÁUSULA XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A).....	24
CLÁUSULA XIV – RESCISÃO	25
CLÁUSULA XV- DISPOSIÇÕES GERAIS.....	26
CLÁUSULA XVI- ELEIÇÃO DE FORO	28

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA – CONTRATADA

BIOVIDA SAÚDE LTDA., CNPJ/MF nº 04.299138/0001-94, Registro ANS Nº 41511-1, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, sediada à Rua Barão de Itapetininga, 151- 2º andar, Conjunto 22 - República - São Paulo, Capital, CEP: 01042-001.

QUALIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA – CONTRATANTE

Nome, Filiação, Data de Nascimento, Inscrição no Cadastro de Pessoa Física - C P F, Cédula de Identidade, Endereço.

Os dados do **CONTRATANTE** estão identificados em Proposta de Adesão, parte integrante deste instrumento.

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

Nome do Plano: BV-PF/Fam/Enf/SP/ABC

Nº Registro Produto: 477.627/17-5

TIPO DE CONTRATAÇÃO:

Individual ou Familiar

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Grupo de Municípios

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

São Paulo, Arujá, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Suzano e Taboão da Serra.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Enfermaria

FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-estabelecido

As partes acima qualificadas têm entre si, justo e contratado, o que se estabelece através das seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato têm por objetivo a prestação de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º, da Lei nº 9656/98, cobrindo os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde- OMS e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, obedecendo à Rede Referenciada e Credenciada do plano escolhido, abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente ao **CONTRATANTE** e seu(s) dependente(s) regularmente inscrito(s), na forma e condições deste instrumento.

O presente contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, e da Lei nº 9656/98 e da legislação específica que vier a sucedê-la.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1- São considerados **BENEFICIÁRIOS (AS)** deste Contrato o (a) titular e seus dependentes legais a saber :

- a) cônjuge, companheiro (a), devidamente reconhecido;
- b) filhos (as) naturais, adotivos (as) e solteiros (as) menores de 18 anos;
- c) filhos (as) maiores, até 24 anos, que comprovem participação em curso de nível superior no ato da inscrição, anualmente;
- d) filhos (as) incapazes e/ou inválidos (as) legalmente reconhecidos.
- e) enteado (a) equiparado (a) legalmente a filho (a) e tutelado (a).

2.2- Na adesão o **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA**, todas as cópias dos documentos de identificações pessoais e os comprobatórios da relação de dependência arguida.

2.2.1- A partir da assinatura do presente contrato, o **CONTRATANTE** torna-se responsável, perante a **CONTRATADA**, por comunicar, de imediato, eventuais alterações de endereço, estado civil, bem como qualquer perda da condição de dependente ocorrida em relação àqueles incluídos no Plano Privado de Assistência à Saúde regulado por este contrato, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder. A inobservância desta condição não impedirá a **CONTRATADA** quanto a automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato.

2.3- Fica garantida a inscrição do filho (a) adotivo (a) menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo (a) **BENEFICIÁRIO (A)** adotante, até 30 dias da adoção.

2.4 – O (a) **CONTRATANTE** poderá, a qualquer momento, incluir novos dependentes, sendo aplicáveis, nesse caso, as seguintes exigências:

- a) estar adimplente com o pagamento das mensalidades;
- b) preencher e assinar a Proposta de Inclusão do Dependente,
- c) preencher e assinar a Declaração de Saúde do dependente.

2.4.1- A inclusão de novos dependentes, posterior à adesão do **CONTRATANTE**, sujeita o (a) recém **BENEFICIÁRIO (A)** ao cumprimento de eventuais carências e ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT ou Agravo nas mensalidades, em caso de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.4.2- O valor da adesão do novo **BENEFICIÁRIO (A)** inscrito será incluído integralmente na mensalidade do plano contratado, a partir do mês da inclusão.

2.4.3- É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

CLÁUSULA III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A **CONTRATADA** assegura neste contrato, dentro da área geográfica de abrangência do plano, o atendimento **AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM COBERTURA OBSTÉTRICA**, a todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde – OMS, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização- DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolo de Utilização- PROUT, se houver, bem como todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

3.1. ÂMBITO MÉDICO- HOSPITALAR

A **CONTRATADA** compromete-se a prestar assistência à saúde continuada no âmbito **MÉDICO-HOSPITALAR**, através de Rede Referenciada e/ou Credenciada, compreendendo procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes, elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento e relacionados à doenças classificadas no Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina - CFM, entre elas estão compreendidas as seguintes coberturas:

I – Planejamento Familiar - fica garantida pela **CONTRATADA**, a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, dos seguintes procedimentos:

- a) Consulta de Aconselhamento para Planejamento Familiar;
- b) Atividade Educacional para Planejamento Familiar;
- c) SDHEA- Sulfato de Dehidroepiandrosterona;
- d) Implante de Dispositivo Intra-Uterino Hormonal (DIU) – inclui o dispositivo.

II – Médico Anestesiologista – A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

III- Será garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

3.2 - ÂMBITO AMBULATORIAL

No âmbito **AMBULATORIAL**, estão compreendidas as coberturas abaixo, dentro dos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e Diretrizes de Utilização -DUT, vigente à época do evento:

I- Consultas: serão cobertas as despesas com consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina- CFM, indicados pela **CONTRATADA**.

II- Exames de Diagnóstico e Tratamentos Terapêuticos: Serão cobertos, desde que acompanhados de prescrição médica (relatório médico), os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, quando solicitados pelo Médico Assistente, ou Cirurgião-Dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente Hospitalar desde que não caracterize como internação.

III- Consultas com Nutricionistas, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais e Psicólogo:

Serão cobertas, desde que acompanhadas de prescrição médica (relatório médico), a prévia autorização da **CONTRATADA** e preenchidas as condições e limites previstos nas Diretrizes de Utilização -DUT para o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, vigente à época do evento, as despesas com consultas com Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Terapeuta Ocupacional e Psicólogos, conforme indicação do Médico Assistente. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura do número de consultas e sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolo de Utilização-PROUT, se houver, vigente à época do evento.

IV- Sessões de Psicoterapia: Serão cobertas pela **CONTRATADA** todas as despesas relativas às sessões de Psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por Psicólogo como por Médico devidamente habilitado, conforme a indicação do Médico Assistente, e desde que preenchidos um dos critérios estabelecidos pelas Diretrizes de Utilização -DUT previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, vigente à época do evento. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura do número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

V- Procedimentos de Fisioterapia: Serão cobertos pela **CONTRATADA**, em número ilimitado de sessões por ano, desde que acompanhadas de prescrição médica, os procedimentos de Fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos poderão ser realizados tanto por Fisiatra como por Fisioterapeuta, conforme indicação do Médico Assistente.

Parágrafo único: Fica ressaltado que as consultas/sessões com Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, bem como as sessões de Psicoterapia, **obrigatoriamente**, obedecerão aos limites e as condições de cobertura estabelecidas as Diretrizes de Utilização-DUT previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

VI – Procedimentos Especiais no Âmbito Ambulatorial: A **CONTRATADA** garantirá, a cobertura dos seguintes procedimentos especiais:

- a) Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- c) Radioterapia Ambulatorial;
- d) Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatoriais;
- e) Hemoterapia Ambulatorial;
- f) Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

g) Cobertura a Medicamentos Antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT, estabelecidas pela ANS e mediante indicação do Médico Assistente.

3.2.1 - Atendimento Ambulatorial de Saúde Mental - a CONTRATADA garantirá:

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

b) atendimento à Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitadas a 18 (dezoito) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.2.2 – Das Cirurgias Ambulatoriais, dos atendimentos de Urgência e Emergência e das Remoções:

3.2.2.1- 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**, observada a opção contratual, sendo que nos casos de urgência ou emergência deve ser observado o disposto em cláusula específica.

3.2.2.2- Atendimentos em Urgência e/ou Emergência – as despesas com atendimentos de urgência e/ou emergência justificados, terão cobertura se realizados dentro da Rede Referenciada e/ou Credenciada em unidades de pronto-atendimento geral, previamente determinados pela **CONTRATADA**, ou na impossibilidade justificada de utilização da mesma, nos casos que caracterize risco iminente de vida, fica 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-atendimento;

c) Curativos, Aplicação de medicações e inalações de urgência e/ou emergência;

d) Medicamentos e Materiais Cirúrgicos nacionais ou nacionalizados, administrados durante a permanência do paciente no pronto-atendimento, e de uso específico em pronto –atendimento.

3.2.2.3 - Entendem-se como casos de **emergência**, aqueles que implicarem risco imediato de morte 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.

3.2.2.4 – A impossibilidade de utilização da Rede Referenciada e/ou Credenciada será demonstrada à **CONTRATADA** pelo (a) **CONTRATANTE** e/ou seu dependente, através de Declaração, onde o mesmo justificará os fatos que resultaram tal situação, e acompanhada, de relatórios médicos e de exames que as comprovem.

3.2.2.5 – Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carências ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, decorrentes de Urgência e Emergência, **ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Atendimento**, não incluindo internação Hospitalar e/ou procedimentos exclusivos da cobertura Hospitalar. 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 menos de 12 (doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do (a) **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus à **CONTRATADA**.

3.2.2.6 – Os eventos ocorridos após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para preservação da vida, órgãos e funções.

3.3. - ÂMBITO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

No âmbito Hospitalar estão compreendidas as seguintes coberturas:

3.3.1- INTERNAÇÕES HOSPITALARES – O (A) **CONTRATANTE**, bem como seus dependentes devidamente inscritos neste contrato, terão direito também, dentro dos limites da área geográfica de abrangência do Plano, à cobertura de internações Hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, vigente à época do evento, bem como o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito Hospitalar do plano contratado nos estabelecimentos da Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**, desde que solicitado pelo Médico Assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA**, compreendendo:

3.3.2 – INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA - CTI – É garantida a cobertura de internações Hospitalares em Centro de Terapia Intensiva -CTI, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do Médico Assistente.

Despesas Hospitalares - em regime de internação estarão cobertas:

- a) Diárias;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- c) Cobertura de exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do Médico Assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação Hospitalar;
- d) Cobertura de toda e qualquer taxa Hospitalar, incluindo materiais utilizados durante a internação;
- e) Cobertura, exceto no caso de internação em Centro de Terapia Intensiva -CTI, de despesas de acomodação e alimentação de acompanhante, na ocorrência de internação de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60(sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do Médico Assistente;
- f) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, desde que nacionais ou nacionalizados e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- g) Maternidade e Berçário;
- h) Centro de Terapia Intensiva -CTI – Adulto, Infantil e Neonatal;
- i) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do Médico Assistente ministrados durante o período de internação Hospitalar.

3.3.2.1- Honorários Médicos – 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.

3.3.2.2 – As internações Hospitalares eletivas somente terão cobertura em Hospital, equipe médica e data previamente autorizadas pela **CONTRATADA** e estejam em conformidade com as condições gerais do contrato e suas cláusulas abaixo:

3.3.2.2.1- 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 à média de dias para casos idênticos.

3.3.2.3- Se inexistir vaga ou houver impedimento técnico no Hospital da Rede Referenciada e/ou Credenciada, a **CONTRATADA** designará um outro prestador de serviço.

3.3.2.4- No ato da admissão no Hospital da Rede Referenciada e/ou Credenciada, o (a) **BENEFICIÁRIO (A)** exibirá a Cartão de Identificação da **CONTRATADA** com prazo de validade em vigor, acompanhada de documento de identificação oficial com foto, além da guia de internação nos casos de procedimentos eletivos.

3.3.2.5- 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**.

3.3.2.6 – 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.

3.3.2.7- Respeitadas as carências e Cobertura Parcial Temporária - CPT, exclusões e limitações contratuais, para os casos de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA o Hospital da Rede Referenciada e/ou Credenciada e, o **CONTRATANTE** deverão providenciar em até 24 horas úteis, após o ingresso:

a) Declaração do Médico Assistente, constando o número do Conselho Regional de Medicina - CRM (relatório completo, com exame físico e resultado 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 e,

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

3.3.2.8 – 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 paciente no Hospital; inexistindo direito a cobertura contratual e realizados os procedimentos de urgência ou emergência, o paciente será transferido para Hospital integrante da Rede do Sistema Único de Saúde - SUS ou, caso o mesmo opte em permanecer em unidade Hospitalar diferente, arcará com todas as despesas incidentes, exonerando a **CONTRATADA** de qualquer responsabilidade.

3.4 – DA REMOÇÃO - É garantida a cobertura para remoção inter-Hospitalar do paciente, nos casos de urgência e emergência, comprovadamente necessária, a critério do Médico Assistente, para outro estabelecimento Hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, previsto neste contrato, nas hipóteses abaixo mencionadas:

a) Para outra unidade de atendimento da Rede Referenciada do plano, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que na área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada, pelo Médico Assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;

b) Para uma unidade do Sistema Único de Saúde -SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, no caso de o **BENEFICIÁRIO (A)** estar cumprindo períodos de carência para internação;

c) Para uma unidade do Sistema Único de Saúde -SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes;

d) Os serviços de remoção serão prestados em unidades móveis, ambulâncias do Suporte Básico ou Unidade de Terapia Intensiva - UTI;

e) O Hospital de destino será sempre o determinado pela **CONTRATADA**, dentro da Rede Referenciada.

3.4.1 – Após cumpridas as carências contratuais, os **BENEFICIÁRIOS (AS)** terão direito à remoção nos casos elencados abaixo, a qual será realizada após a ciência da **CONTRATADA** e mediante expressa autorização do Médico Assistente, além da autorização do responsável pelo paciente ou dele próprio:

a) De Hospital ou serviço de Pronto-Atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do plano, para Hospital da Rede Referenciada da **CONTRATADA**;

b) De Hospital ou serviço de Pronto-Atendimento privado não pertencente à Rede Referenciada da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de atuação do plano, para Hospital da Rede Referenciada da **CONTRATADA**;

c) De Hospital ou serviço de Pronto-Atendimento da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de atuação do plano, para Hospital da Rede Referenciada da **CONTRATADA**, apenas quando caracterizada, pelo Médico Assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao **BENEFICIÁRIO (A)** na unidade de saúde de origem;

d) De Hospital ou serviço de Pronto-Atendimento público ou privado não pertencente à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, localizado fora da área de atuação do plano, para Hospital da Rede Referenciada da **CONTRATADA**, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na legislação vigente;

e) De Hospital ou serviço de Pronto-Atendimento da Rede Credenciada da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de atuação do plano, para Hospital da Rede Referenciada da **CONTRATADA**, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

3.4.2- Nos casos de remoção acima especificados:

a) Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção para unidade de destino que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

b) Caberá à **CONTRATADA** disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade de destino;

c) Quando não puder haver remoção por risco de vida, o (a) **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento que não fizer parte da Rede Credenciada do plano contratado, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a **CONTRATADA** desse ônus;

d) quando o **BENEFICIÁRIO (A)** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em uma unidade prestadora de serviço que não seja qualquer das unidades de destino elencadas acima, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade Médica e do ônus financeiro da remoção.

3.5 – DAS CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCO – MAXILO FACIAIS E DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS QUE NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de despesas havidas pelo(a) **CONTRATANTE** referentes a cirurgias odontológicas Buco-Maxilo-Facial que necessitem de ambiente Hospitalar, desde que realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação Hospitalar.

3.5.1- A CONTRATADA, quando necessário, garantirá a cobertura da estrutura Hospitalar necessária a realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação Hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação Hospitalar.

3.6- Procedimentos Especiais no Âmbito Hospitalar – A **CONTRATADA** garantirá a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados no âmbito ambulatorial, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação Hospitalar:

- a) Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- c) Procedimentos Radioterápicos Ambulatorial e Hospitalar, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição Parenteral ou Enteral;
- f) Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Hemodinâmica, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- g) Embolizações, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h) Radiologia Intervencionista;
- i) Exames Pré-Anestésicos ou Pré-Cirúrgicos;
- j) Procedimentos de Reeducação e Reabilitação Física, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

3.7 – CIRURGIAS PLÁSTICAS:

3.7.1- Cirurgia Plástica Reconstrutiva de Mama - Fica garantida pela **CONTRATADA** a cobertura de 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.

3.7.2- Cirurgia Plástica Reparadora de Órgãos e Funções – Fica garantida pela **CONTRATADA** a cobertura de Cirurgia Plástica Reparadora de Órgãos e Funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes, vigente à época do evento, desde que as mesmas não estejam relacionadas a Doenças ou Lesões Preexistentes.

3.7.3- Em estando relacionada a Doenças ou Lesões Preexistentes, em ambos os casos o **BENEFICIÁRIO (A)** deverá cumprir período de Cobertura Parcial Temporária - CPT, a fim de que tenha a tal cobertura.

3.8 – DOS TRANSPLANTES – Serão cobertas as despesas decorrentes de transplantes de rins, córnea, autólogos e aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

3.8.1- Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados aos transplantes de rins, córnea, autólogos e aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:

- a) As Despesas Assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para transplante;

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 Sistema Único de Saúde - SUS.

3.8.2- 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 à 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, ficando assegurado a remoção do **BENEFICIÁRIO (A)**, realizada por serviços Credenciados e por meio de ambulância terrestre, de Hospital para outro Hospital, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária e após prévia autorização da **CONTRATADA**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para Hospital. Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

3.8.3- Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, o **CONTRATANTE** 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, sujeita-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

3.8.4- 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 9656/98 e sua regulamentação, sendo que a internação será sempre em quarto coletivo.

3.9 – COLOCAÇÃO 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 1.942/2010 e suas atualizações do Conselho Federal de Medicina - CFM e as Diretrizes de Utilização- DUT do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

3.10 – CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) E CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA(VASECTOMIA) – Serão cobertas as despesas decorrentes de Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/ Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina(Vasectomia), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Lei nº 9.263/1996 e ao disposto nas Diretrizes de Utilização - DUT do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

3.11- SESSÕES DE PSICOTERAPIA - Serão cobertas todas as despesas relativas às sessões de Psicoterapia, até os limites garantidos, desde que sejam preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização -DUT previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

a) Paciente com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);

b) Paciente com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);

c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 a F98);

d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88 e F89);

e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38 e F39);

f) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

3.12- ATENDIMENTO/ ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL - DIA PSIQUIÁTRICO - A CONTRATADA garantirá a cobertura obrigatória prevista nas Diretrizes de Utilização - DUT do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando for comprovado o preenchimento de pelo menos um dos seguintes critérios:

a) Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (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 (CID F84).

3.12.1- As internações em Hospital-Dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sempre em Hospitais Gerais.

3.12.2 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação por ano em Hospital Psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria em Hospital Geral para internação Psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações.

3.12.3– A cobertura das internações Psiquiátricas que excederem a cobertura obrigatória acima será realizada de forma parcial, havendo coparticipação do **BENEFICIÁRIO (A)** de 50% (cinquenta por cento).

3.12.4- A cobertura de internações em Hospital-Dia para transtornos mentais é definida como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, com programas de atenção e cuidados multiprofissionais, visando à substituição da internação convencional, de acordo com as Diretrizes de Utilização -DUT, vigentes publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.13- OUTROS PROCEDIMENTOS - Todos os procedimentos descritos nas Diretrizes de Utilização - DUT, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, serão autorizados pela **CONTRATADA**, desde que seja comprovado pelo Médico Assistente que foram cumpridos critérios de obrigatoriedade de cobertura.

3.13.1- A relação dos procedimentos descritos nas Diretrizes de Utilização - DUT, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, poderá ser consultada na página da ANS na internet (www.ans.gov.br).

3.14 – ATENDIMENTO AO PARTO E AO RECÉM NASCIDO:

3.14.1 - Nos planos com segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA**, na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência OBSTÉTRICA, nos limites do plano contratado, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida

no contrato e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização - DUT, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitada pelo Médico Assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA** e respeitando as carências estabelecidas.

3.14.2- É assegurada ao Recém-Nascido, filho natural do titular ou do dependente do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para o parto a termo ou 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência. Não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

3.14.3- A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento, somente será devida quando o Recém-Nascido, filho do (a) **BENEFICIÁRIO (A)** titular for incluído no plano do mesmo.

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES CONTRATUAIS

4.1 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **ESTÃO EXCLUÍDOS E NÃO SERÃO COBERTOS** pelo Plano de Saúde ora contratado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes à época do evento e os provenientes de:

1) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/ não regularizados no país; aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

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

3) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

4) Tratamentos de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPA, Clínicas de Repouso e Estâncias Hidrominerais.

5) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

6) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo Médico Assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (Hospitais, Clínicas, Ambulatórios, Urgência e Emergência).

- 7) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação Hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério de Saúde – CITEC.
- 8) Fornecimento de próteses (qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente membro, órgão ou tecido), órteses (qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido) e acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ou seja, aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
- 9) Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto Médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 10) Atendimento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 11) Tratamento em clínica para o acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente Hospitalar.
- 12) Tratamentos odontológicos, exceto Cirurgia Buco-Maxilo-Facial decorrente de acidentes pessoais, que requeira ambiente Hospitalar e cobertura de estrutura Hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação Hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados.
- 13) Implantes e Transplantes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento e de acordo com as condições expressas neste contrato.
- 14) Serviços de enfermagem, consultas e tratamentos em regime domiciliar, exceto nos casos cobertos no presente contrato.
- 15) Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais não listados no Rol de e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento ou em desacordo com as Diretrizes previstas nesse Rol; tratamento de patologias não relacionadas no CID-10 e especialidades médicas não constantes do Rol de especialidades do Conselho Federal de Medicina -CFM.
- 16) Hidroginástica, hidroterapia e reeducação postural global (RPG).
- 17) Atendimento realizado fora da área de atuação da **CONTRATADA**, salvo em casos de indisponibilidade técnica de atendimento dentro da área de atuação da **CONTRATADA**.
- 18) Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiência;
 - c) Despesas, conforme indicação do Médico Assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, de parto e pós-parto imediato.
- 19) Despesas com produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato, mesmo que seja realizada durante a internação Hospitalar.
- 20) Remoção fora da área de atuação da **CONTRATADA**, salvo nos casos de indisponibilidade técnica e urgência ou emergência, nos termos da cláusula “ Remoção “.

- 21) Consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato.
- 22) Aluguel de equipamentos Hospitalares e similares para uso domiciliar.
- 23) Necropsia, Medicina Ortomolecular e Mineralograma do cabelo.
- 24) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência.
- 25) Cirurgia Refrativa (PRK ou Lasik), salvo o que determina as Diretrizes de Utilização - DUT, vigente à época do evento, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 26) Acupuntura por profissionais não Médicos.
- 27) Aviamento de óculos, gesso sintético, aparelhos ortopédicos, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função.
- 28) Exames para investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade (DNA).
- 29) Vacina Imunizante.
- 30) Escleroterapia de varizes, com finalidade estética.
- 31) Oxigenoterapia Hiperbárica, salvo de acordo com as Diretrizes de Utilização - DUT previstas no Rol de procedimentos e Eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 32) Atendimento através de Médicos e Prestadores de Serviços que não sejam pertencentes à Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**, com exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por Médicos e serviços não Credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato.
- 33) Materiais utilizados de forma diversa da classificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.
- 34) Cirurgias para mudança de sexo.
- 35) Exames periódicos, admissionais, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionários.
- 36) Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- 37) Honorários e materiais utilizados pelo Cirurgião Dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura Hospitalar para a realização de procedimento de caráter odontológico.

CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

- 5.1-** Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, sendo seu início a partir da assinatura da Proposta de Adesão parte integrante do presente instrumento, ou do Pagamento da primeira Mensalidade, o que ocorrer primeiro.
- 5.2-** O presente contrato será automaticamente prorrogado por prazo indeterminado, caso não haja renúncia por qualquer das partes.
- 5.3-** Fica desde já garantido que a **CONTRATADA** não efetuará qualquer cobrança de taxa pela renovação do contrato.

CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1- O (A) **CONTRATANTE** e seus dependentes somente terão direito as coberturas previstas neste contrato, depois de cumpridos os prazos de carência abaixo descritos, contados a partir do início de vigência contratual:

- a) Atendimento de Urgência/ Emergência – 24 horas
- b) Demais Casos – 180 dias
- c) Parto a Termo – 300 dias
- d) Doenças e/ou Lesões Preexistentes – 720 dias.

6.1.1- As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da Proposta de Adesão parte integrante deste instrumento, da assinatura do Contrato ou do Pagamento da primeira Mensalidade, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1- O **BENEFICIÁRIO (A)** deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/1998.

7.2- Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o **BENEFICIÁRIO (A)** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão Plano Privado de Assistência à Saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

7.3- No momento da adesão, o **BENEFICIÁRIO (A)** receberá “**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO (A)**”, que o auxiliará a preencher a Declaração de Saúde, sendo-lhes permitido optar por entrevista qualificada, para responder as questões, escolhendo um profissional Médico cujo nome conste da Rede Referenciada e/ou Credenciada indicada pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus.

7.3.1- Nesta Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO (A)**, deverá informar à **CONTRATADA** as Doenças e Lesões Preexistentes que saiba ser portador ou sofredor, no momento da solicitação de seu ingresso ao plano contratado e também, ser esclarecido quanto as questões relativas aos direitos de cobertura e as consequências da omissão de informações.

7.3.2- Caso o **BENEFICIÁRIO (A)** opte ser orientado por Médico não constante da relação da Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**, deverá assumir o ônus financeiro decorrente dessa opção.

7.3.1 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o **BENEFICIÁRIO (A)** para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as Doenças ou Lesões que o **BENEFICIÁRIO (A)** saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.4- Em sendo constatada pela **CONTRATADA**, no momento da contratação, 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 para cobertura:

- a) Cobertura Parcial Temporária - CPT: suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, da cobertura de PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, assim definidos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças e Lesões Preexistentes declaradas.
- b) Agravo, acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano de Saúde, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

7.4.1 - É vedada a alegação de omissão de doença ou lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO (A)** pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no Plano Privado de Assistência à Saúde.

7.4.2- A escolha de uma das alternativas apontadas dependerá exclusivamente de decisão do **BENEFICIÁRIO (A)**, por meio de declaração expressa, constante da Proposta de Adesão.

7.5- Será considerado fraudulento o comportamento consistente na omissão ou falsa declaração de Doença ou Lesão Preexistente, de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO (A)**, não comunicado à **CONTRATADA**.

7.6- A **CONTRATADA** poderá comprovar o conhecimento prévio da Doença ou Lesão Preexistente, em até 24 (vinte e quatro) meses da inclusão do **BENEFICIÁRIO (A)**, cabendo àquela o ônus da prova, podendo utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação mencionada.

7.6.1- Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à Doença ou Lesão Preexistente será integral, cessando-se a cobertura parcial temporária, assim como a cobrança do agravo.

7.6.2- Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

7.7- Nos casos em que for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente ao **BENEFICIÁRIO (A)** a alegação de omissão de informação através de **TERMO DE COMUNICAÇÃO AO BENEFICIÁRIO (A)**, e poderá:

- a) Oferecer as opções de Cobertura Parcial Temporária - CPT ou agravo pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da Proposta de Adesão ao plano; ou
- b) Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para julgamento da alegação de omissão de conhecimento prévio de Doença ou Lesão Preexistente por parte do **BENEFICIÁRIO (A)** titular e/ou dependente na Declaração de Saúde.

7.7.1- A comunicação ao **BENEFICIÁRIO (A)**, titular e/ou dependente será encaminhada e o mesmo terá 10 (dez) dias corridos, contados do dia do recebimento, para, expressamente, informar a sua concordância ou não à **CONTRATADA**.

7.7.2- Em concordando com o alegado, o **BENEFICIÁRIO (A)**, firmará TERMO ADITIVO com a **CONTRATADA** onde, obrigatoriamente, constará o prazo de Cobertura Parcial Temporária - CPT que este, e/ou seu dependente, deverá cumprir.

7.7.3- Caso o **BENEFICIÁRIO (A)**, expressamente, não concorde com a alegação, a **CONTRATADA** a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que analisará e efetuará o julgamento administrativo, a fim de dirimir a controvérsia instalada.

7.7.4- Se requerida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, o **BENEFICIÁRIO (A)** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo, que porventura detiver.

7.7.5- Após julgamento e, em sendo acolhida à alegação da **CONTRATADA** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o **BENEFICIÁRIO (A)** titular e/ou dependente, que foi parte no processo administrativo, sem que haja necessidade de autorização do **CONTRATANTE**, será excluído do plano contratado, sendo que o mesmo passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência Médico-Hospitalar prestada que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente, desde a data da efetiva comunicação da existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano .

7.7.5.1 – A **CONTRATADA** comunicará o **BENEFICIÁRIO (A)** da exclusão, titular ou dependente, que foi parte no processo administrativo, através de correspondência contendo cópia da decisão proferida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.8- Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão das coberturas contratadas até o resultado do julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.9- A **CONTRATADA** não será responsável pelo pagamento de nenhum tipo de despesa decorrente de procedimentos não previstos neste contrato, bem como daquelas não incluídas na cobertura contratual.

7.10 – Em sendo realizada perícia no ato da contratação, a **CONTRATADA** não poderá alegar que o **CONTRATANTE** e/ou seu (s) dependente (s) era portador de Doença e/ou Lesão Preexistente.

CLÁUSULA VIII- DO REEMBOLSO

8.1- A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo (a) **BENEFICIÁRIO (A)** com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA** dentro da área de abrangência geográfica e área de atuação do plano.

8.2- Somente serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento de urgência ou emergência e após a realização de Auditoria Médica que comprove a necessidade dos atendimentos prestados.

8.3- O reembolso se dará de acordo com os valores praticados pela **CONTRATADA** junto à sua Rede Referenciada e/ou Credenciada dentro de sua área de atuação e não de acordo com os valores efetivamente pagos pelo **BENEFICIÁRIO (A)** aos prestadores de serviços que não constam da Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**.

8.4- O **BENEFICIÁRIO (A)** terá o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA**, no mínimo os seguintes documentos:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do Médico Assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- c) Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos Médicos Assistentes, auxiliares e outros, com o respectivo CRM, discriminando funções e evento a que se referem;

e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do período do Médico Assistente e exame anatomopatológico decorrente de procedimentos cirúrgicos;

8.5- É assegurado pela **CONTRATADA** que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado junto à Rede Referenciada e/ou Credenciada plano.

8.6- O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, DO ORIENTADOR MÉDICO, MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS, GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC) E DIRECIONAMENTO

9.1- Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do **BENEFICIÁRIO (A)** fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os **BENEFICIÁRIOS (AS)** cadastrados no Plano, acompanhado de Cédula de identidade ou de documento de identificação oficial com foto.

9.2 – Será fornecido ao **CONTRATANTE** um Manual de Orientação para Contratação de Planos e o Guia de Leitura Contratual, onde constam informações referentes aos prazos de carência, vigência contratual, critérios de reajuste, segmentação assistencial e abrangência geográfica da **CONTRATADA**. O **BENEFICIÁRIO (A)** deve confirmar antecipadamente as informações da Rede Referenciada e/ou Credenciada antes da utilização, em virtude de alterações que possam ter ocorrido.

9.3- A prestação dos serviços contratados será efetuada através de Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**, conforme a cobertura contratada.

9.4- A Rede Referenciada e/ou Credenciada está especificada no Orientador Médico fornecido pela **CONTRATADA** bem como no Portal Corporativo: www.biovidasaude.com.br

9.5 - Para utilização dos serviços Médico-hospitalares cobertos pelo presente contrato, deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

9.5.1- Consultas Médicas: deverão ser realizadas em clínicas ou consultórios da Rede Referenciada e/ou Credenciada, cabendo ao **BENEFICIÁRIO (A)** fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, com antecedência (exceto em caso de urgência ou de emergência), mediante apresentação dos seguintes documentos:

a) Cédula de identidade ou documento oficial com foto do (a) **BENEFICIÁRIO (A)**;

b) Cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO (A)**, fornecida pela **CONTRATADA**;

9.5.2- Exames complementares de Diagnóstico e tratamento e demais coberturas previstas neste contrato: o **BENEFICIÁRIO (A)** será atendido na Rede Referenciada e/ou Credenciada, mediante apresentação dos seguintes documentos:

a) Cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO (A)**;

b) Cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO (A)**, fornecida pela **CONTRATADA**, em vigor;

c) Guia de autorização, quando necessária, conforme orientação e instrução da **CONTRATADA**, com a requisição do Médico Assistente.

9.5.3 - Internações Eletivas: o **BENEFICIÁRIO (A)** será atendido nos Hospitais da Rede Referenciada, indicados pela **CONTRATADA**, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO (A)**;
- b) Cartão de identificação de **BENEFICIÁRIO (A)**, fornecida pela **CONTRATADA**;
- c) Guia de Autorização fornecida pela **CONTRATADA**, instruída com requisição do Médico Assistente, bem como as razões que justifiquem o diagnóstico, o tratamento proposto, quantidade de dias de internação e a data provável em que ela deva se realizar.

9.5.4- Internações de Urgência ou Emergência: o Prestador da Rede Referenciada e/ou Credenciada se encarregará de providenciar a guia autorizada, ou senha fornecida pela **CONTRATADA**, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, devendo o **BENEFICIÁRIO (A)** apresentar o Cartão de identificação, fornecido pela **CONTRATADA** e Cédula de identidade ou documento oficial similar.

9.6- A **CONTRATADA** não se responsabiliza pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

9.7 - AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.7.1- Para realização dos atendimentos previstos na cobertura deste contrato e conforme orientação e instrução, será necessária a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, através de GUIA DE ENCAMINHAMENTO, junto a **CONTRATADA**.

9.7.2- Os procedimentos deverão ser solicitados pelo Médico Assistente em formulário específico, disponibilizado pela **CONTRATADA**.

9.7.3- O pedido médico deverá ser apresentado à **CONTRATADA**, que emitirá a autorização após análise das carências, com resposta em até 03 (três) dias úteis, a contar da apresentação da solicitação.

9.7.4 - O agendamento dos serviços médicos junto à Rede Referenciada e/ou Credenciada deverá ser efetuado pelo **BENEFICIÁRIO (A)**, de posse da autorização emitida pela **CONTRATADA**, quando necessária.

9.7.5- Fica reservado à **CONTRATADA** o direito de exercer Auditoria Médica relativo à exames e procedimentos de qualquer natureza quando julgar necessário, para avaliar os procedimentos baseados em conduta e, ética Médica para o procedimento solicitado, de acordo com as condições estabelecidas neste contrato e com os preceitos emanados da Lei 9656/98, que regulamenta os Planos de Saúde.

9.7.6- A **CONTRATADA** se reserva o direito de não autorizar atendimentos e procedimentos que se mostrarem abusivos, desnecessários ou não previstos na cobertura deste contrato.

9.8- JUNTA MÉDICA

9.8.1- As divergências e dúvidas de natureza Médica, relacionada com os serviços objetos deste contrato, serão dirimidas por Junta Médica composta de 03(três) membros, sendo: 01(um) nomeado pelo **BENEFICIÁRIO (A)** titular e/ou seus dependentes legais, outro pelo Plano de Saúde, e o 3º (terceiro), desempataador, escolhido pelos 2(dois) nomeados.

9.8.2- Cada parte arcará com as despesas de seu Médico Assistente, caso o escolhido pelo (a) **BENEFICIÁRIO (A)** não participe da Rede Referenciada ou Credenciada da **CONTRATADA**. Os honorários do terceiro serão suportados pela **CONTRATADA**.

9.8.3- Após a análise da Junta Médica, fica reservada a **CONTRATADA** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste contrato.

9.9 - REDE REFERENCIADA E CREDENCIADA

9.9.1- A **CONTRATADA** poderá preceder a substituição de Hospital da Rede Referenciada e Credenciada, desde que por outro equivalente, mediante comunicação ao **BENEFICIÁRIO (A)** e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com 30 (trinta) dias de antecedência.

9.9.1.1 – Caso haja solicitação de exclusão, por interesse exclusivo do Prestador pertencente à Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**, será cumprido o aviso prévio de 30 (trinta) dias do Prestador e devidamente comunicada a alteração na Rede Referenciada e/ou Credenciada aos **BENEFICIÁRIOS (AS)** através de todos os MEIOS DE DIVULGAÇÃO DA REDE REFERENCIADA E CREDENCIADA constantes da Cláusula 9.11.

9.9.2- Ocorrendo a substituição Prestador da Rede Referenciada e Credenciada, o **BENEFICIÁRIO**

(A) terá o direito de prosseguir seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, constante do Orientador Médico da **CONTRATADA**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição realizada.

9.9.3- Ocorrendo o credenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação, o **BENEFICIÁRIO (A)** permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo que as despesas correrão por conta da **CONTRATADA**.

9.9.4- Em caso de credenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de ocorrência de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** ficará responsável pela transferência imediata do **BENEFICIÁRIO (A)** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE**.

9.9.5 - A Operadora divulga sua Rede Referenciada e Credenciada através do Orientador Médico, Central de Atendimento e no Portal Corporativo www.biovidasaude.com.br

9.10 - ORIENTAÇÕES SOBRE INTERNAÇÕES

9.10.1- As internações e altas hospitalares serão efetuadas a critério exclusivo do Corpo Clínico da Rede Referenciada ou Credenciada pela **CONTRATADA** e os **BENEFICIÁRIOS (AS)** permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação Médica que as justifique.

9.10.2- No caso de prorrogação do prazo de internação, deverá ser encaminhada à **CONTRATADA** a solicitação, com justificativa da prorrogação, emitida pelo Médico Assistente.

9.10.3- Caso o (a) **BENEFICIÁRIO (A)** continue hospitalizado após a alta Médica, passarão a correr inteiramente por sua conta todas as despesas decorrentes da internação a partir dessa data.

9.10.4- Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da Rede Referenciada ou Credenciada pela **CONTRATADA**, fica garantido ao **BENEFICIÁRIO (A)** o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, nos termos do artigo 33 da Lei 9656/98.

9.10.5- Se o **BENEFICIÁRIO (A)** optar por acomodação diferente da prevista no ato de sua adesão, este ficará responsável, perante o hospital, pelo pagamento da diferença correspondente, assim como pela complementação dos honorários diretamente aos Médicos e atendentes.

9.10.6- O tipo de acomodação hospitalar optado pelo **CONTRATANTE**, constará obrigatoriamente da Proposta de Adesão e da Carteira de Identificação do **BENEFICIÁRIO (A)**.

9.11- MEIOS DE DIVULGAÇÃO DA REDE REFERENCIADA E CREDENCIADA

A **CONTRATADA** disponibiliza acesso a sua Rede Referenciada e Credenciada através dos seguintes meios de divulgação:

- a) Orientador Médico impresso ou digital;
- b) Portal Corporativo: www.biovidasaude.com.br;
- c) Central de Atendimento 24horas: (11) 4872-0707 ou (11) 4063-3550,
- d) Atendimento Pessoal: Rua Barão de Itapetininga, 151 – 2º andar – Conj.22 – República – São Paulo – SP – CEP: 01042-001.

CLÁUSULA X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 10.1-** O valor a ser pago pela Cobertura Assistencial **CONTRATADA** é pré-estabelecido.
- 10.2-** A mensalidade que o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS (AS)** dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.
- 10.3-** Caso o **CONTRATANTE** não receba instrumento de cobrança até 48 (quarenta e oito) horas antes do vencimento, deverá comunicar formalmente à **CONTRATADA**.
- 10.4-** O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal contratado.
- 10.5-** Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
- 10.6-** O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá **mera tolerância**, não implicando em novação contratual ou transação.
- 10.7-** Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2%(dois por cento), e juros de 1%(um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
- 10.8-** O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.
- 10.9-** O pagamento antecipado das contraprestações mensais não elimina nem reduz os períodos de carência constantes deste contrato.

CLÁUSULA XI – REAJUSTE

- 11.1-** As mensalidades serão reajustadas anualmente a partir do primeiro aniversário do contrato e observará o índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 11.1.2-** Os reajustes anuais abrangerão todos os **BENEFICIÁRIOS (AS)** independentemente de sua faixa etária.
- 11.1.3-** O critério de atualização previsto poderá ter periodicidade inferior a um ano desde que haja autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 11.2-** As mensalidades de cada **BENEFICIÁRIO (A)** são definidas por enquadramento de faixa-etária de acordo com sua idade. Ocorrendo alteração na idade do **BENEFICIÁRIO (A)** que implique no enquadramento de nova faixa-etária, a sua mensalidade será reajustada a partir do mês do aniversário do **BENEFICIÁRIO (A)**, observados os índices descritos na Cláusula 12.1.

CLÁUSULA XII – FAIXAS ETÁRIAS

12.1- Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO (A) inscrito no presente Contrato, a mensalidade será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade:

VARIAÇÃO ETÁRIA %

00 A 18	0,00%
19 A 23	22,71%
24 A 28	30,00%
29 A 33	4,48%
34 A 38	3,34%
39 A 43	10,00%
44 A 48	29,50%
49 A 53	29,50%
54 A 58	29,50%
59 ou +	45,50%

12.2 – Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária atendem à RN 63/2003 editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, observadas as seguintes condições:

- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

12.3- No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.

CLÁUSULA XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A)

13.1 – Haverá a perda da condição de **BENEFICIÁRIO (A)** do Plano Privado de Assistência à Saúde nos seguintes casos:

I – No caso do BENEFICIÁRIO (A) titular:

- a) Quando solicitada a sua exclusão, em conformidade com a RN 412/16 e suas atualizações;
- b) Quando do seu falecimento;
- c) Em decorrência do julgamento e confirmação de fraude na Declaração de Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

II – No caso do BENEFICIÁRIO (A) dependente:

- a) A pedido do **BENEFICIÁRIO (A)** titular, em conformidade com a RN 412/16 e suas atualizações;
- b) Quando do seu falecimento;
- c) Quando o **BENEFICIÁRIO (A)** titular falecer, o **BENEFICIÁRIO (A)** dependente poderá assumir a titularidade;

- d) Em sendo cônjuge, com o encaminhamento de sentença homologatória de separação judicial e/ou divórcio;
- e) Em sendo companheiro (a), com o encaminhamento de declaração, registrada em cartório, do rompimento do vínculo com o **CONTRATANTE**;
- f) O filho (a) maiores até 24 (vinte e quatro) anos, que não comprovem participação em curso de nível superior, no ato da inscrição ou anualmente; filho (a) adotivo (a), enteado (a), tutelado (a);
- g) Em decorrência do julgamento e confirmação de fraude na Declaração de Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS;
- h) Em decorrência da rescisão do contrato pelo **CONTRATANTE**.

13.2- O **BENEFICIÁRIO (A)** fica obrigado, quando da solicitação de cancelamento ou exclusão do **BENEFICIÁRIO (A)** do Plano de Saúde, a devolver à **CONTRATADA** o Cartão de Identificação do **BENEFICIÁRIO (A)**, de modo a coibir o uso indevido.

13.3- As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelo **BENEFICIÁRIO (A)** após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do Plano de Saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão suportadas integralmente pelo **BENEFICIÁRIO (A)**.

CLÁUSULA XIV – RESCISÃO

14.1- A Operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, conforme prevê o artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98.

14.2- O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput, se encontra condicionado à inequívoca notificação compulsória do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

14.3- Independente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o **BENEFICIÁRIO (A)** e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

14.4- O **CONTRATANTE** terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o **CONTRATANTE** pagará multa de 10% (dez por cento) da soma das mensalidades restantes para se completar 12 (doze) meses.

14.5- A rescisão do contrato poderá ser requerida pelo **BENEFICIÁRIO (A)** titular, em conformidade com a RN 412/16 e suas atualizações:

I- **Presencialmente**, na sede da Operadora;

II- **Atendimento telefônico**, através da Central de Atendimento 24 horas;

III- **Portal Corporativo da CONTRATADA:** www.biovidasaude.com.br

14.5.1- Cientificada a **CONTRATADA** acerca da Solicitação de Cancelamento do Contrato, terá efeito imediato e caráter irrevogável.

14.5.2- As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços da **CONTRATADA** pelo **BENEFICIÁRIO (A)** após a data de Solicitação de Cancelamento, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta.

14.5.3- A Solicitação de Cancelamento do Contrato não exime o **BENEFICIÁRIO (A)** do pagamento de multa rescisória, prevista no item **14.4**, se a Solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses.

CLÁUSULA XV- DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1- Integram este contrato, para todos os fins de Direito, a Proposta de Adesão assinada pelo **CONTRATANTE**, o Orientador Médico que contempla a Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**, a Cartão de Identificação, Declaração de Saúde do **BENEFICIÁRIO (A)** titular e dependentes, a Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO (A)**, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.2- O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**.

15.3- A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos **BENEFICIÁRIOS (AS)** com Médicos, Hospitais ou Prestadores de Serviços Credenciados. Estas despesas correrão por conta exclusiva do **BENEFICIÁRIO (A)**.

15.4- A **CONTRATADA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS (AS)** o Cartão de Identificação, cuja apresentação deverá estar acompanhada de Cédula de Identidade ou documento de identificação oficial com foto, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

15.4.1- A **CONTRATADA** disponibiliza em seu Portal Corporativo, através do PIN-SS- Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar em conformidade com a RN 389/2015, acesso exclusivo do Beneficiário com LOGIN e Senha, permitindo consulta ao Componente Cadastral e ao Componente de Utilização dos Serviços.

15.5- Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, a Pessoa Física **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **CONTRATADA** através dos Canais de Atendimento disponibilizados pela **CONTRATADA** solicitando emissão de 2ª via, sem ônus.

15.5.1- Caso haja solicitação de 3ª ou mais vias do Cartão de Identificação, o ônus será de responsabilidade da Pessoa Física **CONTRATANTE**.

15.6- É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão deste Contrato, ou ainda, da exclusão de algum **BENEFICIÁRIO (A)**, devolver os respectivos Cartões de Identificação, caso contrário, poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

15.7- Considera-se indevido o uso indiscriminado do Cartão de Identificação para obtenção de atendimento Médico-Hospitalar, pelo **BENEFICIÁRIO (A)** excluído ou com o Contrato cancelado, ou, por Terceiros, que não sejam **BENEFICIÁRIOS (AS)**, se comprovada a má-fé do **BENEFICIÁRIO (A)** que disponibilizou seu Cartão de Identificação à Outrem.

15.8 – Nestas condições, o uso indevido do Cartão de Identificação de qualquer **BENEFICIÁRIO (A)**, ensejará pedido de indenização, bem como a exclusão do **BENEFICIÁRIO (A)** do Plano.

15.8.1- As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelo **BENEFICIÁRIO (A)** após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do Plano de Saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão suportadas integralmente pelo **BENEFICIÁRIO (A)**.

15.9- São adotadas as seguintes definições:

15.9.1- ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário violento ou não, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o atendimento do **BENEFICIÁRIO (A)**, dando causa à internação hospitalar ou o tratamento em regime ambulatorial.

15.9.2- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: Autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o Território Nacional, como Órgão de Regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a Saúde Suplementar.

15.9.3- ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: é a área geográfica de Cobertura Contratual, delimitada por Municípios onde os **BENEFICIÁRIOS (AS)** podem encontrar Prestadores da Rede Referenciada e/ou Credenciada da **CONTRATADA**.

15.9.4- ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos Médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

15.9.5- ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à Gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

15.9.6- BENEFICIÁRIO (A): Pessoa física, titular ou dependente, que possuem direitos e deveres definidos em Contrato assinado com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, para garantia da Assistência Médico-Hospitalar.

15.9.7- CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o **CONTRATANTE** paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no Contrato.

15.9.8- CID 10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

15.9.9- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT: aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da Cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade -PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças e Lesões Preexistentes – DLP declaradas pelo (a) **BENEFICIÁRIO (A)** ou seu Representante Legal por ocasião da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

15.9.10- CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO (A)**.

15.9.11- CONTRATANTE: é o **BENEFICIÁRIO (A)** de Plano Privado de Assistência à Saúde cujo Contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma Operadora.

15.9.12- DEPENDENTE: **BENEFICIÁRIO (A)** de Plano Privado de Assistência à Saúde cujo vínculo com a Operadora depende da existência do vínculo de um **BENEFICIÁRIO (A)** titular.

15.9.13- DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento Médico.

15.9.14- DOENÇA CRÔNICA: é toda doença de evolução prolongada, reversível ou não, passível ou não de atenção de seus efeitos por tratamento Médico.

15.9.15- DOENÇA CONGÊNITA: é toda doença com o qual o indivíduo nasce, hereditária ou adquirida a vida intrauterina, com a manifestação a qualquer tempo.

15.9.16- DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o **BENEFICIÁRIO (A)** ou seu Representante Legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

15.9.17- DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

15.9.18- EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em Declaração do Médico Assistente.

15.9.19- EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo Médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO (A)**.

15.9.20- MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta Médica a ser aplicada ao **BENEFICIÁRIO (A)**.

15.9.21- MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.

15.9.22- ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

15.9.23- PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

15.9.24- URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XVI- ELEIÇÃO DE FORO

16.1- As partes elegem o Foro da Comarca de São Paulo com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, independente do domicílio das partes, para os casos de litígios ou questões oriundas do presente contrato, correndo por conta da parte vencida todas as despesas judiciais ou extrajudiciais que a vencedora for obrigada despende, inclusive honorários de advogados e demais cominações legais.