

FICHA CADASTRAL DE ADEÇÃO AMBULATORIAL
UNIVIDA USA OP SAUDE S/A
CNPJ Nº 34.608.096/0001-97

CPF do Contratante/Titular	RG do Contratante	Número do CNS do Contratante	
Nome Completo			
Data de Nascimento	Cidade de Nascimento	Estado de Nascimento	
Nome da Mãe			
Endereço			
Número	Bloco	Apartamento	Complemento
Bairro	Cidade	CEP	Estado
Telefone Comercial	Telefone Celular	Telefone Celular	Telefone Residencial
E-mail			
Nome do Responsável legal pela contratante			
CPF do Responsável	RG do Responsável	E-mail do Responsável	
Plano Univida Ambulatorial 488342210 VIGÊNCIA DIA 01 DO MÊS SUBSEQUENTE AO DA ADEÇÃO, VCTO DA MENSALIDADE DIA 10 DE CADA MÊS			
Faixa Etária	Quantidade de vidas	Valor individual	Valor total R\$
Até 48 Anos		191,27	
49 a 53 Anos		261,35	
54 a 58 Anos		261,35	
Acima de 59 Anos		261,35	
		Taxa de Inscrição	R\$ 50,00
		Valor total	
<p>Solicitamos a inclusão dos beneficiários e dependentes ao contrato de Assistência médica da Interclínicas plano vida usa op de saúde Ltda sendo esta proposta integrante do contrato e anexos.</p> <p>Recibo: O representante abaixo, declara que por autorização de Interclinicas, recebeu do titular desta proposta a importância acima, referente ao pagamento da primeira mensalidade, mais taxa de inscrição, ficando estabelecido que em caso de não efetivação desta proposta, os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais mensalidades deverão ser pagas na rede bancária em boleto emitido pela Interclinicas pelo banco Bradesco</p>			
Local e Data / /		Assinatura do Responsável	

Nome do corretor	CPF do corretor	Telefone do Corretor	
Plataforma autorizada	Telefone da Plataforma	Assinatura do Corretor	

FICHA CADASTRAL DE ADESÃO DE DEPENDENTES

UNIVIDA USA OP SAUDE S/A
CNPJ Nº 34.608.096/0001-97

TITULAR DO CONTRATO						
Nome do titular do plano Contratado						
DADOS DOS DEPENDENTES OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF ; UMA FICHA POR FAMÍLIA OU DEPENDENTE DIRETO						
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC *	GP* *	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)					Valor R\$	
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC *	GP* *	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)					Valor R\$	
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC *	GP* *	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)					Valor R\$	
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC *	GP* *	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)					Valor R\$	
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC *	GP* *	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)					Valor R\$	
LEGENDA						
* EC- Estado civil (1) Solteiro (2) Casado (3) viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros			** GP – Grau de Parentesco (1) cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filho (4) Pais (5) Filho agregado (maior) (6) Outros			
PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE ADESÃO						
<p>Pelo presente, declaro expressamente que ao preencher e assinar esta declaração cadastral, recebi todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, estou ciente e de acordo que o plano de meus dependentes será sempre o mesmo que o do titular tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tendo nenhuma dúvida quanto à sua aplicação. Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderá ser aplicada a todas ou apenas parte das coberturas contratadas e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas contratuais. Estou ciente de que deverei informar o número do CPF de meus dependentes , não podendo utilizar meu número de CPF para efetiva inclusão dos mesmos no plano . Para todos os fins e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam influir na minha aceitação e de meus dependentes. A presente relação de atualização cadastral é parte integrante do contrato, o qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, o que confirmo preenchendo e assinando.</p>						
Local e Data				Assinatura do Titular		

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
Lei N^o 9656 de 3/6/1998

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E/OU REPRESENTANTE LEGAL		Assine com S-Sim ou N-Não				
Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença de retina, ceratocone e outros)?					
2	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?					
3	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?					
4	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, reumática e outras)? ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?					
5	Alguma doença respiratória ou do pulmão? (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, e outras)?					
6	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, sangramento nódulo ou tumor de rim e outras)?					
7	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?					
8	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outros)?					
9	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemia, linfoma, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação febre reumática e outras)?					
10	Alguma doença do sistema digestivo (hérnias, gastrite, pedra na vesícula, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatites, cirrose, outras doenças)?					
11	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença de crescimento?					
12	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, tendão, tendinite, osteoporose, doença do fêmur ou joelho, bursites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outros)?					
13	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?					
14	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença de genética, de nascença ou congênita?					
15	Informar peso:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
16	Informar altura:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
Caso o Titular ou seus dependentes apresentem alguma situação anterior marcada com S – sim, especifique a razão da mesma						
Item	Código Titular / Dependente	Data, Evento, Descrição, Esclarecimento	Uso interno			
<p>Eu proponente Titular declaro que entendi o conteúdo de todas as perguntas da Declaração de Saúde e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Autorizo a operadora a solicitar a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários, e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fato e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto a ANS.</p>						
Local e data		Assinatura do Titular		Médico /carimbo do CRM		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) Beneficiário(a).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE? É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer ao Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais. No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado. NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato. Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ao solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão de informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá REISCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada. Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT- Não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde. Em caso de dúvidas ou para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC acesse o Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário. Telefone ANS 0800-701-9656

PLANO INDIVIDUAL / FAMILIAR

PLANO VIP AMBULATORIAL (ANS nº) 482972197

Pelo presente instrumento particular contratual e na melhor forma de direito, que entre si fazem de um lado UNIVIDA USA OP SAUDE S/A ,CNPJ Nº 34.608.096/0001-97,, com sede à Av. Melchert 926,Vila Matilde, São Paulo - SP, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob n.º 420841, e classificada como operadora de Medicina de Grupo, na qualidade de CONTRATADA , e de outro lado como CONTRATANTE, o proponente do presente contrato, doravante qualificado na ficha de adesão anexa a este contrato.

I. DO OBJETO

1.1 - O objeto do contrato é a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais, ao beneficiário titular e demais pessoas incluídas como beneficiários dependentes na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, na segmentação assistencial Ambulatorial, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98.

II. DA NATUREZA DO CONTRATO

2.1 – O presente instrumento trata-se de contrato bilateral, nos termos da legislação civil em vigor, aplicando-se em especial os dispositivos inseridos nos arts. 458 a 461 do Código Civil, caracterizando-se como contrato de adesão, na forma do disposto no art. 54 da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 - O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado tem por nome comercial: Plano Univida VIP ADS e encontra-se devidamente registrado na ANS sob o nº 488342210.

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 - O tipo de contratação do presente plano é Individual ou Familiar.

O Plano que possui Tipo de Contratação Individual e ou Familiar, é aquele oferecido no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, sendo facultada ao contratante, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

V. DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 - O tipo de segmentação assistencial do plano de saúde ora contratado é AMBULATORIAL.

5.2- O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em resolução vigente emitida pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível para visualização e cópia no endereço eletrônico: www.ans.gov.br, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia

que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

VI. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 - Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: São Paulo,.

VII. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

7.1 - Serão considerados USUÁRIOS, para os fins indicados neste instrumento, o proponente do presente contrato, bem como seus dependentes legais, ou seja, o cônjuge, os filhos, cujos nomes, respectivas qualificações e informações básicas de identificação constem da Ficha de Adesão preenchida pelo(a) USUÁRIO(A) titular e assinada por este.

7.2 - Deverá a USUÁRIO titular exibir o documento que comprove o grau de parentesco mantido com seus dependentes.

7.3 - Será permitida a inclusão de novos dependentes, em data posterior à assinatura deste instrumento, devendo ser observado, quanto a este, o cumprimento dos prazos de carência, a partir de sua inclusão, sendo de responsabilidade do(a) USUÁRIO(A) titular o pagamento da taxa de inscrição, bem como das mensalidades.

7.4 - É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do USUÁRIO(A), no plano contratado como dependente, mediante comunicação por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o parto ou adoção, munido de certidão de nascimento ou termo de adoção ou termo de guarda provisória conferida pelo juízo, ISENTO do cumprimento dos períodos de carências, de cobertura parcial temporária ou agravo, obedecendo-se as exclusões e limitações previstas e/ou optadas neste contrato.

7.5 - Em caso de inscrição de filho(s) adotados, menor(es) de 12(doze) anos de idade, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo adotante.

VIII. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de

Procedimentos E Eventos em Saúde Suplementar vigentes à época do evento

8.2 - O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste contrato.

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

8.3 - Aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar far-se-á necessária a obtenção de guia de autorização emitida pelas unidades próprias da contratada e tenha sido observada a modalidade do plano de assistência a saúde contratado, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) Cobertura de 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;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- e) Serão cobertas as consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, limitadas ao número de consultas por ano determinadas pelo Rol de Procedimentos.

SAÚDE MENTAL:

8.4 - A cobertura ambulatorial para saúde mental garantirá:

- a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada à cobertura de 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do contrato;
- c) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

IX. EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1 - Estarão excluídas da cobertura do Contrato as despesas decorrentes de qualquer um dos itens a seguir relacionados:

- a) Procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, considerando suas respectivas atualizações;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, como sendo aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).
- c) Quaisquer cirurgias, tratamentos e/ou exames:
 - com finalidade estética e/ou de embelezamento;
 - contrários à ética médica ou de natureza experimental;
 - para inseminação artificial;
 - para mudança de sexo;
 - para obesidade, que não atendam aos requisitos estipulados pelo Ministério da Saúde - IMC (Índice de Massa Corpórea);
- d) Aquisição ou aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- e) Enfermagem em caráter particular, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências;
- f) Assistência domiciliar (Home Care);
- g) Aparelhos para complementação de função, tais como: lentes de contato, aparelhos de surdez, imobilizadores removíveis e similares;
- h) Medicamentos para tratamento domiciliar;
- i) Vacinas;
- j) Medicamento importado e não nacionalizado, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes;
- m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- n) Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;
- o) Procedimentos que demandem internação em unidade hospitalar;
- p) Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como recuperação anestésica, UTI, e similares;
- q) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- r) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- s) Embolizações e radiologia intervencionista.

X. DA VIGÊNCIA

10.1. - Iniciar-se-á a vigência deste contrato a partir da data da assinatura da proposta de adesão, do instrumento jurídico ou do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro.

10.2 - O prazo de vigência do contrato será por prazo indeterminado, conforme o artigo 1º, inciso I, da Lei 9656/98.

XI. DAS CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

11.1 - O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

12.1 - Serão observados os seguintes prazos de carência para que o(a) USUÁRIO(A) titular e seus dependentes possam usufruir dos serviços contratados:

Procedimentos Dias

- A) Urgência e emergência ambulatoriais 24 horas
- B) Consultas Médicas 30
- C) Exames Diagnósticos 45
- D) Exames de imagem 90
- E) Tomografia,ressonância magnética ,cintilografia 180
- F) Pre Existentes 720

12.2 - As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

XII. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

13.1 - O beneficiário 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 9.656/1998.

13.2 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas 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 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

13.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

13.4 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

13.5 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

13.6 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário 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.

13.7 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

13.8 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

13.9 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

13.10 - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

13.11 - Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

13.12 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

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

13.14 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

13.15 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

13.16 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

13.17 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a

alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de

Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

13.18 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

13.19 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

13.20 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

13.21 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

13.22 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

13.23 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

XIII.DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

14.2 - 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.

14.3 - **As despesas com atendimentos de urgência e/ou emergência justificados, terão cobertura, nos limites previstos para a segmentação ambulatorial**, se realizados dentro da rede referencial em unidades de pronto socorro geral ou especializados, previamente determinados através de orientador médico ou correspondência específica, ou na impossibilidade justificada de utilização da mesma, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica e nos limites previstos para a segmentação ambulatorial (12 horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação), sem a necessidade de guia de autorização.

14.4 - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgências e emergências, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser exclusivamente do USUÁRIO e seus dependentes, não cabendo qualquer ônus à operadora.

14.5 - Respeitadas as carências e limitações contratuais, se aplicáveis ao beneficiário, para os casos de URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA o hospital credenciado e o beneficiário deverão providenciar em até 48 horas úteis, após o atendimento, declaração do médico assistente, constando o número do CRM do mesmo (relatório completo, inclusive com exame físico e resultados dos exames complementares, em letra legível), justificando as razões do atendimento, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, a provável data do início da enfermidade;

14.6 - Nos casos de urgência e/ou emergência comprovados, nos limites de sua abrangência geográfica e obrigações contratuais, as despesas efetuadas pelo(a) usuário(a), titular ou dependente, com assistência à saúde, serão reembolsados ao(a) USUÁRIO(A) titular, tomando-se como base de cálculo a relação de preços de serviços médicos hospitalares pagos pela operadora aos seus prestadores.

14.7 - 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;

a - Relatório legível e completo do médico assistente, constando o número do CRM do mesmo, declarando o diagnóstico, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, condições de emergência relatadas;

b - Conta hospitalar detalhada, constando consulta, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por Nota Fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;

c - Recibos quitados de honorários médicos, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

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

14.9 - Somente será reconhecido o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais que forem entregues pessoalmente no departamento de auditoria médica, devidamente conferidos e aceitos com protocolo numerado.

14.10 - 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 (trinta) dias. O reembolso das despesas será efetuado através de cheque nominal para ao(a) USUÁRIO(A) titular.

14.11 - Para que o reembolso seja efetivado, o(a) USUÁRIO(A) titular deverá caracterizar perfeitamente o evento, através da documentação original solicitada.

XIV. DAS REMOÇÕES

15.1 - Será garantida a cobertura de remoção, via terrestre, inter-hospitalar depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou a necessidade de internação.

15.2 - As remoções para unidade hospitalar credenciada ao SUS ocorrerão nos casos de doenças e lesões que necessitem de tratamento hospitalar em regime de internação, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme determinado no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/1998.

XV. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1 - Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, em relação aos últimos, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

16.2 – A emissão do cartão de identificação é eletrônica via aplicativo.

16.3 – O aplicativo pode ser obtido na loja Google ou Apple e é gratuito e com o nome INTERCLINICAS.

16.4 - CONSULTAS MÉDICAS

16.4.1 - Para aplicação deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

a) Consultas em Clínica Geral e consultas em Pediatria;

b) Consultas em especialidades médicas: ressalvadas as hipóteses previstas para os atendimentos de urgência e emergência, deverão ter encaminhamento de um Clínico Geral ou do Pediatra com o intuito de um melhor gerenciamento dos programas de Promoção a Saúde, desenvolvidos pela CONTRATADA.

16.4.1 - Para aplicação deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

16.4.2 - As consultas médicas necessitarão sempre da autorização prévia da CONTRATADA para o caso de sua realização na rede credenciada da CONTRATADA. Se realizados fora da rede credenciada não terão direito a qualquer cobertura ou reembolso, ressalvadas as hipóteses previstas para os atendimentos de urgência e emergência.

16.5 - A definição dos exames e tratamentos que necessitam de autorização prévia para sua realização, bem como a definição de normas administrativas para a solicitação de exames e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, objetivando o adequado cumprimento do contrato, é exercida pela CONTRATADA, na forma autorizada pelo artigo 1º, § 1º da Resolução CONSU nº 08/98.

16.6 - Os exames e procedimentos terapêuticos necessitarão sempre da autorização prévia da CONTRATADA para o caso de sua realização na rede credenciada da CONTRATADA. Se realizados fora da rede credenciada não terão direito a qualquer cobertura ou reembolso, ressalvadas as hipóteses previstas para os atendimentos de urgência e emergência.

16.7 - O pedido médico referente aos exames e procedimentos terapêuticos, à exceção dos procedimentos caracterizados como urgência e emergência, deverá ser apresentado na Central de Emissão de Guias da CONTRATADA, que emitirá a resposta no prazo de um dia útil a partir do momento da solicitação.

i - Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciados pela CONTRATADA, o Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO ou, identificação biométrica, fornecido pela CONTRATADA, além do documento de identidade do BENEFICIÁRIO-paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela CONTRATADA.

16.8 - Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA.

16.9 - A CONTRATADA colocará à disposição dos BENEFICIÁRIOS deste Contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Orientador Médico" anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios próprios e ou contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto

16.10 - Orientações quanto ao atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo teleatendimento, ou pelo site da CONTRATADA, ou, ainda, pelo orientador médico.

16.11 - ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

16.12.1 - A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Orientador Médico", sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos. mediante comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS ou qualquer outro órgão que vier a sucedê-la.

16.12.2 - Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá disso dar ciência ao Beneficiário, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16.12.3 - A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, proceder, mediante autorização da ANS, à redução da quantidade de hospitais credenciados no referido "Orientador Médico".

16.12.4 - Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da CONTRATADA.

16.12.5 - Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

16.13 - DIVERGÊNCIA MÉDICA

16.13.1 - As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

16.13.2 - Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da CONTRATADA.

16.13.3 - Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela CONTRATADA, conforme previsto no artigo 4º, parágrafo V, da Resolução CONSU nº 08, de 03/11/1998.

XVI. DA FORMAÇÃO DO PREÇO

17.1 - O Contrato é firmado em regime de preço pré-estabelecido, onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela Contratada antes da realização de procedimentos pelos beneficiários.

XVII. DO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

18.1 - O Beneficiário Titular obriga-se a pagar à CONTRATADA, por si e por seus Dependentes inscritos no Plano, os valores relacionados na Proposta de Admissão, para efeito de inscrição e mensalidade.

18.2 - Para cobrança do valor de mensalidade, a CONTRATADA enviará, aos Beneficiários Titulares, carnê de cobrança.

18.3 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, na data prevista na Proposta de Admissão. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

18.4 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

18.5 - Se o Beneficiário Titular não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 10 (dez) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite as conseqüências da mora.

18.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de sua responsabilidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

XVIII. DOS REAJUSTES

19.1 - Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.

19.2 - Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.

19.3 - Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

19.4 - Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

19.5 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1$$

Sm

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

19.6 - Além dos reajustes acima previstos, haverá alteração de preço em razão da mudança de faixa etária, disposto no tema próprio.

XIX. DAS FAIXAS ETÁRIAS

20.1 - As mensalidades foram fixadas em função da idade do Usuário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Varição de Faixa Percentual de Reajuste (%)

Faixa Etária	acréscimos	Incidência
Até a 48 anos	0%	
49 a 53 anos	24,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 7
54 a 58 anos	32,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 8
59 anos ou mais	47,85%	Sobre o preço estabelecido para faixa 9

20.2 - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Usuário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

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

20.4 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

20.4.1 - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

20.4.2 - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

20.5 - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/03, em específico no seu art. 15 §3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Usuário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

XX. DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1 - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo, assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

XXI. DA RESCISÃO

22.1 - A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

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

22.3 - Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

22.4 - A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

22.5 - O BENEFICIÁRIO terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo.

22.6 - A Contratada não é obrigado a aceitar o pagamento do débito em atraso superior a sessenta dias, podendo considerar o CONTRATO RESCINDIDO DE PLENO DIREITO, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei de nº 9656/98.

22.7 - A rescisão contratual não desobriga o(a) USUÁRIO(A) titular ao pagamento dos débitos vencidos e/ou danos ocorridos

XXII. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1 As despesas decorrentes do eventual atendimento prestado, sem que o CONTRATADA tenha sido informado, expressamente, sobre o desligamento do USUÁRIO dependente, serão de inteira responsabilidade do USUÁRIO(A) titular.

23.2 O(A) USUÁRIO(A) obriga-se a fornecer ao CONTRATADA todos os documentos que lhe forem exigidos, necessários à prova de seus eventuais direitos, bem como levar ao conhecimento do CONTRATADA quaisquer fatos que impliquem alterações contratuais.

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

23.4 O CONTRATADA não se responsabiliza por qualquer informação que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por promessas, promoções ou outros comprometimentos que não integram o presente contrato, exceto se previamente por ela aprovado por escrito.

23.5 O CONTRATADA suspenderá os serviços ora contratados nos casos de epidemias, incêndios, cataclismos, convulsões sociais, guerra, racionamento ou outras circunstâncias excepcionais que venham alterar substancialmente as relações econômicas e equações financeiras deste contrato, quando declaradas pela autoridade competente.

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

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

23.10 Fica expresso que se encontra a disposição do(a) USUÁRIO(A) titular e dos seus dependentes, todas as tabelas e documentos citados no presente contrato.

23.1 1- Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

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

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde

que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.

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

&&& Rede credenciada que pode ser alterada ou aumentada conforme critérios da operadora e informando o usuário com até 30 dias de antecedência

XXIII. DO FORO DE ELEIÇÃO

24.1 - As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim ajustados, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, diante das testemunhas abaixo.