

PLANO ALFA P +

ÍNDICE

DADOS GERAIS.....	2
NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS	2
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	2
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	2
FORMAÇÃO DO PREÇO	2
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	2
QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	3
ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	3
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	4
EXCLUSÕES DE COBERTURA	7
DURAÇÃO DO CONTRATO	9
PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	9
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES.....	10
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	12
MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	15
FORMAÇÃO DE PREÇOS E MENSALIDADE.....	17
REAJUSTE	17
FAIXAS ETÁRIAS	18
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	19
RESCISÃO.....	19
DISPOSIÇÕES GERAIS.....	19
ELEIÇÃO DE FORO	23

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR
(AMBULATORIAL+HOSPITALAR **SEM** OBSTETRÍCIA)
PLANO **ALFA P +**

1º - CLÁUSULA PRIMEIRA
DADOS GERAIS

1.1 – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Individual ou Familiar

1.2 - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

Plano Alfa P +
Número de Registro na ANS – 480.494/18-5

1.3 - ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica do presente contrato é exclusivamente as cidades de São José dos Campos – SP e Jacareí - SP. A rede prestadora do plano estará especificada em Orientador Médico a ser fornecido pela Contratada, com atualizações em seu sítio eletrônico (www.gruposaojosesaude.com.br).

1.4 - SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL

Ambulatorial + Hospitalar **sem** Obstetrícia

1.5 - FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-Estabelecido

1.6 - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Coletiva (Enfermaria)

1.7 - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CLÍNICA SÃO JOSÉ SAÚDE LTDA., classificada como Medicina de Grupo, com sede na cidade de São José dos Campos - SP, na Praça Melvin Jones, nº 07, Jardim São Dimas, CEP 12245-360, inscrita no CNPJ sob nº. 04.272.692/0001-88, registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob nº. 30011 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob n.º 41.327-5, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada Operadora.

1.8 - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editado pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.8.1 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

2º- CLÁUSULA SEGUNDA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

2.1 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O cônjuge do Beneficiário Titular;
- b) O companheiro do Beneficiário Titular, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados do Beneficiário Titular;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda do Beneficiário Titular;
- e) Os netos do Beneficiário Titular;
- f) Os irmãos e irmãs do Beneficiário Titular;
- g) Os pais e sogros do Beneficiário Titular.

2.2 - Em caso de inscrição de filho(s) adotivo(s) do Beneficiário, menor(es) de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante, desde que inscrito dentro de no máximo 30 (trinta) dias contados da adoção, guarda ou tutela.

3º- CLÁUSULA TERCEIRA COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, os Beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

3.1 - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.2 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

3.3 - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA - Aos Beneficiários serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

3.3.1 - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

3.3.2 - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado nos casos especificados neste instrumento, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.3.3 - 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;

3.3.4 - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

3.3.5 - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser

realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

3.3.6 - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- Atividades educacionais;
- Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- Implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal, incluindo o dispositivo.

3.3.7 - Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.4 - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA: Aos Beneficiários serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

3.4.1 - Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios contratados pelo plano, e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

3.4.2 - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

3.4.3 - Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

3.4.4 - Os Beneficiários terão direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor 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, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

3.4.5 - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

3.4.6 - Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

3.4.7 - Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.4.8 - Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição enteral ou parenteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia;

3.4.9 - Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

3.4.10 - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

3.4.11- 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;

3.4.12 - Cirurgia buco-maxilo-facial, realizada 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 restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

3.4.13 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à 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 restritos à finalidade de natureza

transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.4.14 - Transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

35. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA: Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

3.5.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.5.2. A cobertura com internação garantirá 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Após este período, será aplicada a coparticipação, que é a participação financeira do BENEFICIÁRIO quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.

4º- CLÁUSULA QUARTA EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos de todas as coberturas financeiras, os tratamentos, intervenções e despesas não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como:

- 4.1 - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.2 - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 4.3 - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- 4.4 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.5 - Tratamentos que tenham finalidade estética;
- 4.6 - Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, sendo aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- 4.7 - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4.8 - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 4.9 - Cirurgias de miopia para grau inferior a 5 (cinco) e, cirurgias de hipermetropia para grau superior a 6 (seis);
- 4.10 - Cirurgia para mudança de sexo;
- 4.11 - Tratamentos para emagrecimento;
- 4.12 - Tratamentos em clínicas de repouso, em estâncias hidrominerais, em clínicas para acolhimento de idosos, e internações que não necessitem de cuidados em ambiente hospitalar;
- 4.13 - Transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos;
- 4.14 - Consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do cumprimento das carências previstas no contrato;
- 4.15 - Realização de procedimentos ou exames no exterior, mesmo que a coleta tenha sido feita aqui no Brasil;
- 4.16 - Despesas extraordinárias, não relacionadas diretamente com o internamento, tais como:
 - 4.16.1 - Diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internação em acomodação superior à contratada, por opção do usuário;

4.16.2 - Despesas com frigobar; aparelho de televisão, telefonemas, gorjetas e quebra de objetos;

4.16.3 - Inseminação artificial;

4.16.4 - Cobertura de tratamento em unidade não credenciada, por conforto ou conveniência do usuário, exceto os casos de urgência e emergência;

4.16.5 - Enfermagem de caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência e aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

4.16.6 - Remoção domiciliar;

4.16.7 - Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.16.8 – Consultas, exames e procedimentos ligados ao pré-natal;

4.17.9 – Partos.

5º- CLÁUSULA QUINTA DURAÇÃO DO CONTRATO

Este contrato terá vigência inicial de 01 (um) ano, tendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.1 - Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

6º- CLÁUSULA SEXTA PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

6.1 - Atendimento de urgências/emergências - 24 (vinte e quatro) horas

6.2 - Demais Casos - 180 (cento e oitenta) dias

6.3 - 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.

7º- CLÁUSULA SÉTIMA DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Os Beneficiários deverão 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.

7.1 - 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.

7.2 - 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.

7.3 - 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.

7.4 - 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.

7.5 - 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 conseqüências da omissão de informações.

7.6 - 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.

7.7 - 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.

7.8 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) 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.

7.9 - 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.

7.10 - 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 exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

7.11 - 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

7.12 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.13 - 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.

7.14 - 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.

7.15 - 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.

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

7.17 - 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.

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

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

7.20 - 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.

7.21 - 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.

8º- CLÁUSULA OITAVA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

8.1 - Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

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

8.3 - A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

8.4 - A cobertura será prestada por **12 (doze) horas** ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior, para:

a) Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional;

b) Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

c) Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.5 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.6 - Da Remoção: A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA, dentro da abrangência geográfica do presente contrato, nas seguintes hipóteses:

8.6.1 - para outra unidade de atendimento da rede do plano, 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; e

8.6.2 - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

8.7- Da Remoção para o SUS: À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.8 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.9 - A CONTRATADA deverá 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 SUS.

8.10 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção

8.11- Do Reembolso: Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de

abrangência geográfica da cobertura contratual, sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.12 - O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- I - Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- II - 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 ou óbito; tempo de permanência adulto ou neonatal;
- III - Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM's discriminando funções e o evento a que se referem;
- IV - Conta médica/hospitalar pormenorizada e comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnose e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.13 - O reembolso será feito no limite das obrigações deste contrato, de acordo com a Tabela de Honorários Médicos e Hospitalares da Operadora, que representa os preços de serviços médico-hospitalares, praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano contratado.

8.14 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

8.15 - Ficarão sujeitos à nova análise e prazo os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) não entregues à Operadora, no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar.

8.16 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA poderá solicitar ao Beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento em questão, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega.

8.17 - O reembolso será pago ao Contratante, sendo indispensável à apresentação de seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

8.18 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário.

9º- CLÁUSULA NONA MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cartão de Identificação do Beneficiário: 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, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

9.1 - O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

9.2 - Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

9.3 - Autorizações Prévias: Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto os casos caracterizados como urgência e emergência.

9.4 - O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador.

9.5 - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

9.6 - Da Junta Médica: A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

9.7 - Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

9.8 - Serviços Próprios e Rede Credenciada: Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas às regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes,

de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

9.9 - A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da CONTRATADA, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

9.10 - A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

9.10.1 - A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

9.10.2 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

9.10.3 - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

9.10.4 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

9.10.5 – COPARTICIPAÇÃO: É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário à operadora, pela realização de procedimentos. Os valores referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente no momento da contratação, sendo que sua incidência está definida a seguir:

I - Segmento Ambulatorial:

a) Consultas médicas e sessões terapêuticas, tais como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, acupuntura, nutrição, dentre outros procedimentos terapêuticos, no valor de R\$ 25,00 (Vinte e cinco reais).

II - Segmento Hospitalar:

a) Consultas médicas em Pronto Atendimento, no valor de R\$ 25,00 (Vinte e cinco reais).

10º- CLÁUSULA DÉCIMA FORMAÇÃO DE PREÇOS E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

10.1 - A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

10.2 - Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 05 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

10.3 - O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.4 - Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, 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.

10.5 - O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

10.6 - Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

10.7 - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11º- CLÁUSULA PRIMEIRA REAJUSTE

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

11.1 - 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.

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

11.3 - Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-actuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento), 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.

11.4 – As taxas referentes à co-participação, mencionadas no item 9.10.5, também serão objeto de reajustes, a serem informados pela CONTRATADA.

12º- CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA FAIXAS ETÁRIAS

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

12.1 - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

12.2 - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	10,00%
24 a 28 anos	12,30%
29 a 33 anos	13,60%
34 a 38 anos	12,10%
39 a 43 anos	9,00%
44 a 48 anos	42,90%
49 a 53 anos	30,00%
54 a 58 anos	30,00%
59 ou mais	44,89%

13º- CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.

13.1 - 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.

13.2 - O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

14º- CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA RESCISÃO

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.

14.1 - 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.

14.2 - 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.

15º- CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.1 - O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

15.2 - O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

15.3 - Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

15.4 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

15.5 - A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

15.6 - Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no importe de 10% (dez por cento) do valor da mensalidade, com mínimo de R\$ 5,00 (cinco reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

15.7 - É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

15.8 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

15.9 - Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

15.10 - As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

15.11 - São adotadas as seguintes definições:

15.11.1 - 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.

15.11.2 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/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.

15.11.3 - 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, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

15.11.4 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

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

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

15.11.7 - BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular e ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

15.11.8 - 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.

15.11.9- CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as

contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

15.11.11 - 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 ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

15.11.14 - DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário 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.

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

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

15.11.17 - 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.

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

15.11.19 - EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

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

15.11.21 - 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.

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

15.11.23 - MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

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

15.11.28 - TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

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

16º- CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o Foro da cidade de São José dos Campos - SP, para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

EXTRATO DE CONTRATO

01 - DADOS DO TITULAR:

Nome: _____

Sexo: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Contratante ou Resp. Legal: _____

Responsável Financeiro: _____

02 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E VENCIMENTO:

Data de início da vigência: ____/____/____

Dia de vencimento das mensalidades: _____

03 – DEPENDENTES: Os constantes da Proposta de Adesão anexa.

Declaro ter total conhecimento dos termos do presente contrato de Plano de Assistência à Saúde, concordando inteiramente com eles. Declaro que estou ciente da existência do **plano referência** e que este me foi oferecido, e que o plano referido no presente contrato me dá direito a apenas atendimento **médico ambulatorial e hospitalar**:

sem obstetrícia []sim []não

com acomodação em enfermaria []sim []não

com obstetrícia []sim []não

com acomodação em apartamento []sim []não

Declaro ainda que recebi o Guia de Leitura Contratual e paguei ao Agente Vendedor abaixo assinado o valor correspondente a primeira mensalidade referente a este contrato, valendo este como recibo.

Assinatura do Contratante ou Resp. Legal: _____

Assinatura do Resp. Financeiro: _____

Nome do Agente: _____

Assinatura do Agente: _____