



PROPOSTA Nº
PESSOA FÍSICA

**CONTRATO INDIVIDUAL e FAMILIAR
DE SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL**
ANS 36564-5

O presente Contrato tem como objetivo estabelecer as regras para a prestação de serviços de assistência à saúde pela **CONTRATADA: DONA SAÚDE CLINICAS LTDA**, CNPJ nº 30.505.523/0001- 50, , situada na Alameda Rio Negro, nº 503, 23º andar, cj. 2301, Alphaville, município de Barueri, Estado de São Paulo, CEP 06454-000, **registro ANS nº 365645**, neste ato representado pelo Sócio **Sr. Rogério Marques Severino**, portador do **RG nº 20.591.513-5** e inscrito no **CPF nº 194.733.398-44**, designada neste contrato como **CONTRATADA**, e do outro, doravante denominado **CONTRATANTE**, usuário titular ou proponente e seus dependentes devidamente identificado na **Proposta de Adesão**, parte integrante deste Contrato, em conformidade com as cláusulas e aditivos e condições aqui estabelecidas, observando-se a legislação vigente.

1. DAS DEFINIÇÕES

1.1. Para os efeitos deste contrato, serão consideradas as seguintes definições:

1.1.1. Acidente Pessoal: É o evento involuntário, súbito, externo, violento, com data caracterizada e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra, tenha como consequência direta à necessidade de tratamento médico ou hospitalar do usuário depois de cumprido o período de carência;

1.1.2. Agravo: Qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga pelo usuário no plano, para fins de cobertura de algum benefício específico;

1.1.3. Ambulatório: É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte quando não caracterizada a necessidade de hospitalização;

1.1.4. Usuário: Todo CONTRATANTE, assim como os dependentes a ele vinculados, que aderirem ao plano, mediante preenchimento e assinatura da proposta de admissão;

1.1.5. Usuário Titular: É o CONTRATANTE que aderir ao plano mediante preenchimento da proposta de admissão;



1.1.6. Usuário Dependente: É o dependente do usuário titular expressamente indicado como tal na proposta de admissão;

1.1.7. Atendimento Ambulatorial: São os serviços cirúrgicos ambulatoriais que não exigem internação hospitalar;

1.1.8. Carência: É o período de tempo, contado a partir da data de aceitação do usuário no plano, durante o qual este deverá nele permanecer ininterruptamente, sem direito à fruição das coberturas previstas neste contrato;

1.1.9. Cartão Individual de Identificação: É o documento que comprova a efetiva adesão do usuário no plano e que deverá ser apresentado à rede credenciada, devidamente acompanhado de documento de identidade oficial, sempre que forem utilizados os serviços cobertos;

1.1.10. Cobertura Parcial Temporária: Aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, quando relacionados às doenças e lesões preexistentes;

1.1.11. Coberturas: São os eventos garantidos por este contrato;

1.1.12. Consulta Médica: Como consulta médica entende-se a ida do usuário ao consultório particular do médico ou hospital em seu horário normal de atendimento;

1.1.13. Data Base = Data da Renovação do Contrato: É a data de aniversário do contrato, ocorrida a cada período de 12 meses, contados do início da sua vigência;

1.1.14. Doença: É o evento mórbido de causa não acidental, que requeira tratamento médico e/ou hospitalar do usuário, depois de cumprido o período de carência;

1.1.15. Doenças e Lesões Preexistentes: São aquelas de que o usuário saiba ser portador ou sofredor à época de sua inclusão no plano;

1.1.16. Evento: É todo conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médico-hospitalar, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do usuário em decorrência de acidente pessoal ou doença verificado



após o cumprimento da carência, iniciando-se com a comprovação médica da ocorrência do dano e encerrando-se com a alta médica concedida ao usuário;

1.1.17. Exames Simples: São assim considerados os exames laboratoriais simples, que não necessitam de autorização prévia para sua realização;

1.1.18. Franquia: Valor estabelecido no contrato qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de ressarcimento ou nos casos de pagamento à rede própria e/ou credenciada;

1.1.19. Guia Médico: Relação dos médicos e estabelecimentos credenciados pelo **CONTRATADA** para a prestação dos serviços cobertos por este contrato;

1.1.20. Honorários Médicos: É a remuneração para o conjunto de atos médicos ou hospitalares, realizados por um ou mais especialistas, na assistência à saúde do usuário;

1.1.21. Procedimentos de Emergência: São os procedimentos que implicam em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o usuário;

1.1.22. Procedimentos de Urgência: São aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

1.1.23. Reajuste Financeiro: Atualização do valor das mensalidades em função da variação do custo médico-hospitalar;

1.1.24. Revisão Técnica: Reavaliação do valor das mensalidades, em virtude de alteração do nível de sinistralidade da carteira do plano;

1.1.25. Proposta de Adesão: É o documento mediante o qual o **CONTRATANTE** expressa a intenção de contratar o plano, declarando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos neste instrumento, no qual constarão as características do plano contratado, no que se refere ao padrão de acomodação, forma de custeio etc.;

1.1.26. Tratamento: É o conjunto de atos médicos ou hospitalares realizados na assistência à saúde do usuário;

1.1.27. Visita Médica: Como visita médica entende-se a ida do médico ao local onde o usuário esteja internado;

2. DO OBJETO DO CONTRATO



21 A **CONTRATADA**, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme o previsto no inciso I art. 1º da lei nº 9656/98, ao usuário titular **CONTRATANTE** e a seus dependentes, sob o regime de mensalidade pré-fixada, visando à cobertura de serviços de assistência médica ambulatorial e odontológica, de natureza clínica, ou de diagnóstico e terapia, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições que seguem, neste instrumento, de conformidade com a proposta de adesão e as condições particulares, partes integrantes desde contrato, por profissionais credenciados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, obrigando-se pelos serviços direcionados a prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº 9656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

3. DA NATUREZA DO CONTRATO

3.1 Por este instrumento particular, bilateral, oneroso, e de adesão que gera direitos e obrigações entre as partes, na forma dos art. 458 e 461 do Código Civil vigente e do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas clausulas e condições a seguir ajustadas. Outrossim, este contrato se sujeita as normas estatuídas na Lei Federal nº 9656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

4. DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1. O Presente contrato caracteriza-se pela contratação individual espontânea e opcional do proponente

4.2. A contratação poderá ocorrer de duas formas de adesão abaixo:

4.2.1. INDIVIDUAL - é aquela que tem no momento da adesão somente o beneficiário titular.

4.2.2. FAMILIAR - é aquela que apresenta além do beneficiário titular, o mínimo de um beneficiário dependente, com grau direto de parentesco e dependência.

5. DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL



5.1. A segmentação assistencial assegurada por este contrato está definida como assistência médica, assim descrita na proposta de adesão, que seguirá as exigências e normativas da ANS, bem como o Rol de Procedimentos por esta editado.

6. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

6.1. A área de abrangência deste contrato é por **Grupo de Município**, sendo que os serviços ora contratados serão prestados pelo **CONTRATADA**, exclusivamente dentro de sua área de abrangência geográfica, compreendida pelas cidades de **Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, São Vicente, Santos, Campinas e Região, Região do Vale do Paraíba, Ribeirão Preto e região, Sorocaba, São Paulo e Grande São Paulo**, todas situadas no Estado de São Paulo, além de uma Rede de Apoio Técnico nas cidades de **São Paulo, São Bernardo do Campo, Santo André e São Caetano**, em conformidade com o Guia Médico, inclusive para os casos de urgência e emergência, respeitando as condições no item “Urgência Emergência”.

7. DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

7.1. As acomodações ocorrerão de conformidade com a opção feita na Proposta de adesão:

8. DA INCLUSÃO DOS USUÁRIOS

8.1. Poderá participar do plano, na qualidade de usuário titular, qualquer pessoa física.

8.2. O plano é extensivo aos dependentes do usuário titular, denominados usuários dependentes, enquadrando-se nessa categoria o cônjuge ou companheira (o) que comprove união estável, os filhos ou enteados solteiros, com idade até 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro), se universitário e outros assim considerados pela legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social, devendo o rol de elegibilidade de dependentes ser previamente acordados entre as partes contratantes.

8.3. A adesão do **CONTRATANTE**, bem como de seus dependentes, será feita no ato da contratação do plano, mediante preenchimento e assinatura da proposta de admissão.



8.4. É assegurado ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, a inscrição no plano.

8.5. O **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar a **CONTRATADA**, sempre que lhe for solicitado, a comprovação da relação de dependência.

8.6. Os filhos de Usuárias Titulares nascidos na vigência deste Contrato serão considerados Usuários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento, por ficha cadastral de usuário, documento válido que a substitua ou por meio magnético, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição, poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo titular adotante, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data de adoção.

8.7. A aceitação do usuário, juntamente com seu grupo de dependentes, no plano irá se caracterizar pela emissão do cartão individual de identificação.

8.8. Os usuários dependentes obrigatoriamente estarão incluídos no mesmo plano ao qual pertence o usuário titular.

8.9. O usuário titular prestará declaração de saúde, por si e por seus dependentes, indicados na proposta de admissão do plano na ocasião da assinatura, e pelos novos dependentes, quando das respectivas inclusões.

9. DA EXCLUSÃO DOS USUÁRIOS

9.1. Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o usuário titular:

9.1.1. Com o cancelamento deste contrato;

9.1.2. Em caso de fraude, tentativa de fraude ou dolo;

9.2. Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o usuário dependente:

9.2.1. Quando o usuário titular solicitar a sua exclusão;

9.2.2. Quando deixar de existir a relação de dependência com o usuário titular, de acordo com a cláusula 8.2.

9.2.3. Com o cancelamento deste contrato;



9.2.4. Em caso de fraude, tentativa de fraude ou dolo.

10. DA CARTEIRA INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

10.1. A **CONTRATADA** fornecerá aos usuários a carteira individual de identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido na forma da lei, irá assegurar a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a **CONTRATADA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

10.2. É obrigação do usuário titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de usuários dependentes, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos; nestas hipóteses, a **CONTRATADA** estará isenta de qualquer responsabilidade a partir da exclusão do usuário titular.

10.2.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderem essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes;

10.2.2. O uso indevido do cartão de identificação por qualquer usuário poderá ensejar pedido de indenização por perda e danos a critério da **CONTRATADA**, bem como a exclusão do respectivo titular e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

10.2.3. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o usuário deverá comunicar, por escrito, o fato a **CONTRATADA**, para cancelamento ou, quando for o caso, para emissão de segunda via, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido, por escrito, pela **CONTRATADA**.

10.2.4. A comunicação do extravio ou perda do cartão de identificação pelo usuário não o exime da responsabilidade pelo seu uso indevido.

11. DAS CARÊNCIAS

11.1. Os períodos de carências passarão a contar a partir do dia 1º (primeiro) dia útil a partir da data de assinatura do contrato, salvo os dependentes nascidos na



vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

11.2. Os períodos de carência DONA SAÚDE AMBULATORIAL, que deverão ser observados pelos Usuários são os seguintes:

Prazos de carências

- **24 horas:** Urgências, Emergências e Acidentes Pessoais
- **30 dias:** Consultas médicas e consultas multiprofissionais eletivas (psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), Raios-X sem contraste e EC eletrocardiograma (simples, alta resolução e 12 canais)
- **30 dias:** Exames laboratoriais para pesquisa e dosagem em ácido láctico, ácido úrico, colesterol total e frações (HDL, LDL, VLDL), creatinina, gama-glutamil transferase glicose, potássio, proteína C reativa, sódio, transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) transaminase pirúvica (amino transferase de alanina) triglicerídeos, ureia, hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas, parasitológico – nas fezes e rotina e cultura de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia e contagem de colônias), Ultrasonografias em geral.

180 dias: Exames de alta complexidade. Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional) e procedimentos

24 meses: Doenças e Lesões preexistentes e suas consequências



12. DA REDE CREDENCIADA

12.1. É facultada a **CONTRATADA** a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente, mediante comunicação ao usuário titular e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e 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.

12.2. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o subitem 10.1 ocorrer, por decisão da **CONTRATADA**, durante período de internação do usuário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma estabelecida neste contrato.

12.3. Excetuam-se do previsto no subitem anterior os casos de substituição do estabelecimento por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o usuário.

12.4. O usuário da **CONTRATADA**, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano.

12.5. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos usuários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos.

12.6. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **CONTRATADA**, é garantido ao usuário no plano de acomodação em enfermaria o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.



12.7. É garantida a presença de acompanhante, caso o usuário que estiver internado tenha idade inferior a 18 (dezoito) anos e superior a 60 (sessenta) anos.

13. DA COBERTURA ASSISTENCIAL

13.1. A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, prevista neste instrumento assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções mencionadas no item “Exclusões de Cobertura” deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, relativamente aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames previstos no Rol de Procedimentos divulgado pela ANS, na Resolução Normativa nº 84/04 ou sua atualização na Resolução Normativa nº 84/04 ou sua atualização.

13.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitados, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

13.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, com internação inferior a 12 horas.

13.1.3. Cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, ou pela caracterização da necessidade de internação hospitalar;



13.1.4. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recurso oferecida pela unidade para continuidade de atenção ao usuário titular no plano, ou pela necessidade de internação, depois de cumprido o período de carência contratual;

13.1.5. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

13.1.6. Consultas ilimitadas aos médicos credenciados;

13.2.7. Consultas de pré-natal para gestantes;

13.2.8. Exames complementares;

13.2.9. Procedimentos clínicos;

13.2. Atendimento de urgência e emergência por até 12 horas;

13.2.1. Exames e tratamentos em hospital pelo período de até 12 horas;

13.3.2 . Procedimentos específicos como hemoterapia ambulatorial, radioterapia, hemodiálise e diálise.

13.3. Cobertura para exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados desde que não seja necessário internação hospitalar e após cumprimento da carência;



13.4. COBERTURA EM SAÚDE MENTAL: Para os efeitos legais deste contrato, entende-se por transtorno psiquiátrico identificado, estando o usuário do plano com sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitarão), em situação instável do ponto de vista clínico e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento, de reconhecimento eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional, e codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados - 10º revisão (CID -10), respeitadas as carências contratuais e observadas as seguintes condições:

13.4.1. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL:

13.4.1.1. O atendimento, assim considerado as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o usuário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou de danos morais e patrimoniais importantes;

13.6.1.3. TRATAMENTO BÁSICO: que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, coberturas de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, respeitada a carência contratual.

13.5. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

13.5.1. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

13.5.2. Os transplantes de rim e córnea ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do SUS, serão resarcidos em conformidade com o previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

13.5.3. Os usuários do plano, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em umas das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de



Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, respeitada a carência contratual.

13.6. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.6.1. A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações gestacionais, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido de preservação da vida, órgãos e funções, variando, de acordo com a segmentação de cobertura à qual o contrato do usuário esteja inscrito, depois de cumprida a carência contratual.

13.6.2. Estão garantidos pelo plano os atendimentos de urgência e emergência, quando se referirem ao processo gestacional.

13.6.3. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de usuário do plano, ainda cumprindo o período de carência, a **CONTRATADA** garantirá a cobertura de emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

13.6.4. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, em serviços credenciados para atendimento de Pronto Socorro, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao usuário.

14. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

14.1. Fica expressamente ajustado entre as partes que a **CONTRATADA** não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes vierem a integrar o Rol de Procedimentos da ANS, hipótese em que poderá haver reajuste por revisão técnica dos valores ora ajustados.

14.1.1. Despesas médicas, ambulatoriais e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas na cláusula 11;

14.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

14.1.3. Tratamentos ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e Próteses para o mesmo fim.



- 14.1.4. Inseminação artificial;**
- 14.1.5. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;**
- 14.1.6. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;**
- 14.1.7. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**
- 14.1.8. Fornecimento de próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- 14.1.9. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- 14.1.10. Procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica.**
- 14.1.11. Procedimentos que exijam formas de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;**
- 14.1.12. Quimioterapia intratecal ou as que demandem internação;**
- 14.1.13. Radiomoldagens, radioimplantes e braquioterapia;**
- 14.1.14. Nutrição enteral ou parenteral;**
- 14.1.15. Embolizações e radioterapia intervencionista;**
- 14.1.16. Check-up;**
- 14.1.17. Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, colchões, cadeiras, óculos, lentes, aparelhos para surdez etc.;**
- 14.1.18. Expedição de laudos, pareceres, atestados e certidões, para fins privativos ou oficiais;**
- 14.1.19. Tratamentos e exames em geral, sem requisição médica;**



14.1.20. Exames admissionais, periódicos e demissionais;

14.1.21. Tratamento em clínicas de emagrecimento, exceto para tratamento da obesidade mórbida, clínica de repouso, estância hidrominerais, clínicas para acolhimentos de idosos e internações que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

14.1.22. Transplantes, com exceção de córnea e rim;

14.1.23. Consultas domiciliares;

14.1.24. Tratamentos, exames em geral e intervenções cirúrgicas decorrentes de acidente do trabalho, atendimentos de moléstias profissionais, bem como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;

14.1.25. Enfermagem em caráter particular seja em domicilio ou em hospital;

14.1.26. São também excluídos da cobertura concedida, pelo plano de segmentação hospitalar, quaisquer serviços eventualmente prestados pelos hospitais credenciados, direta ou indiretamente, e não relacionados estritamente com o tratamento do usuário, considerados como extraordinários, tais como telefonemas, telegramas, frigobar etc.;

14.1.27. Terapia em Câmara Hiperbárica;

14.1.28. Cirurgia refrativa (miopia, hipermetropia, estrabismo e outras). Com exceção àquelas cirurgias preconizadas em lei.

14.1.29. Fisioterapia - Hidroterapia, Hidromassagem, Drenagem linfática.

14.1.30. Casos de cataclismos, guerra e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

14.1.31. Procedimentos que necessitem de INTERNAÇÃO HOSPITALAR ou ATENDIMENTO DOMICILIAR, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista)



14.1.32. Entre outros: ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

14.1.33. IMPLANTES, PRÓTESES SOBRE IMPLANTES E TRANSPLANTES.

14.1.34. Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, e cujo reembolso esteja previsto na Cláusula de Reembolso de Despesas.

14.1.35. Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente à época do evento.

14.1.36. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente à época do evento.

14.1.37. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins ESTÉTICOS.

14.1.38. Parto

15. DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

15.1. Quando da sua admissão o usuário preencherá o formulário de declaração de saúde, elaborado pela **CONTRATADA**, obrigando-se a informar a condição sabida de portador de doença ou lesão preexistente, sua e de seus dependentes, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

15.2. O usuário titular poderá solicitar um profissional médico para orientá-lo no preenchimento do formulário de declaração de saúde, sendo que A **CONTRATADA** disponibilizará uma lista de profissionais médicos credenciados que, por livre escolha e sem ônus para o usuário, procederá à entrevista orientada.

15.3. O usuário titular poderá ser orientado por profissional não pertencente à lista indicada pela **CONTRATADA**, devendo, nesta hipótese, assumir o ônus decorrente dessa entrevista.

15.4. Ficará a critério da **CONTRATADA** a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar a existência de doenças e lesões preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações do usuário titular.

15.5. Constatada por perícia ou entrevista, a existência de doença ou lesão serão oferecidas ao usuário às alternativas de cobertura parcial temporária ou



agravamento do valor da mensalidade do contrato, conforme proposta previamente apresentada pela **CONTRATADA** e aprovada pelo usuário.

15.6. Caso o usuário titular opte pela cobertura parcial temporária, será suspensa, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente. Conforme relacionados na resolução nº 68, de 07.05.2001 da Agência Nacional de Saúde relacionados às doenças e lesões preexistentes. Cessado esse prazo, a cobertura passará a ser integral.

15.7. Caso o usuário titular opte pelo agravo, será acrescida à sua mensalidade, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, uma importância devidamente estabelecida para a cobertura imediata dos procedimentos passíveis de cobertura parcial temporária.

15.8. A opção do usuário titular, em caráter irrevogável, estará devidamente atestada no formulário de declaração de saúde.

15.9. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do usuário, da condição de portador ou sofrer de lesão ou doença preexistente, não informada na declaração de saúde, caracterizará fraude, sujeitando o usuário, a critério do CB SAÚDE, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o resarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

16. DA REMOÇÃO

16.1. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

16.1.1. I - 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

16.1.2. II - 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.



16.2. Da Remoção para o SUS:

16.2.1. 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. 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.

16.2.2. 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.

16.2.3. 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.

17. DAS FAIXAS ETÁRIAS

17.1. As faixas etárias de que trata este contrato são:

FAIXA ETÁRIA		
0-18	0%	
19-23	28,00%	
24-28	6,25%	
29-33	2,94%	
34-38	9,29%	
39-43	14,38%	
44-48	40,00%	
49-53	33,88%	
54-58	12,20%	
+59	63,03%	

17.2. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o usuário inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos Usuários deste Contrato, dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada Usuário, conforme os percentuais constantes acima.



17.3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais acima, que incidirão sobre o preço pago pelo usuário e não se confundem com o reajuste pela variação de custos.

17.4. Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

18. DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

18.1. O **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, mensalmente, o total das mensalidades atribuídas aos usuários, em conformidade com o estabelecido na **PROPOSTA DE ADESÃO**.

18.2. As mensalidades serão pagas, até seus respectivos vencimentos, através de boleto bancário emitido pela **CONTRATADA**, em banco por ela indicado, sendo que, a qualquer momento, a **CONTRATADA** poderá vir adotar outra forma de cobrança que melhor lhe agrade.

18.3. Para que o plano se mantenha em vigor, as mensalidades deverão ser pagas adiantadamente, até o dia do vencimento indicado no documento bancário.

18.4. Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

18.5. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente a **CONTRATADA** para que não se sujeite às consequências da mora.

18.6. O não pagamento da mensalidade, pelo **CONTRATANTE**, até 60 (sessenta) dias depois seu vencimento, proporcionará a suspensão automática da cobertura do risco individual, desde que o mesmo seja notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sendo que os seus direitos poderão ser reabilitados, a partir da data do efetivo pagamento da mensalidade, a critério da **CONTRATADA**. Além da suspensão da cobertura do risco individual contratado, a inadimplência superior a 60 (sessenta) dias



ensejará a rescisão automática do presente contrato, independente de notificação extrajudicial da contratada a contratante.

18.7. A cobrança da mensalidade do plano caracteriza-se por pré-pagamento, em caso de solicitação de cancelamento do plano a cobrança será baseada até um dia antes da próxima mensalidade, ficando claro e inequívoco, que os pedidos de cancelamento que ocorrerem após a referida data, caberá a **CONTRATADA** proceder a cobrança pro-rata no período entre a data do último vencimento e a data do pedido de cancelamento.

18.8. No plano, caso o custeio do plano seja totalmente feito pelo usuáriotitular, o não recolhimento das mensalidades pelo **CONTRATANTE** proporcionará o cancelamento deste contrato, respondendo a **CONTRATADA** tão somente pelos eventos ocorridos até a data da formalização do cancelamento.

18.9. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros mensais de 1% (um por cento) e atualização monetária, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, resarcimento por perdas e danos, honorário advocatício e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

18.10. A **CONTRATADA** se reserva o direito de emitir contra a **CONTRATANTE** letra de câmbio no valor de quaisquer débitos não quitados previstos neste contrato e promover a cobrança dos títulos através de bancos e pelos meios legais cabíveis.

19. DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

19.1. Todos os preços previstos neste contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente, no dia de aniversário do contrato (data da assinatura), conforme índice autorizado pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

19.2. Caso uma nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

19.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário, unificando-se as respectivas datas base.



19.4. Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas nesta cláusula.

20. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

20.1. A vigência deste contrato é de 12 (doze) meses, contados da data de seu aceite, prorrogando-se automática e sucessivamente, por tempo indeterminado.

21. DA RESCISÃO DO CONTRATO

21.1. O presente contrato poderá ser rescindido pela **CONTRATADA**, a qualquer tempo, mediante comunicação formal ao **CONTRATANTE**, nas seguintes situações:

21.2. O não pagamento da fatura mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará a rescisão do presente contrato, devendo a **CONTRATANTE** ser avisada da rescisão do contrato serviços, até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso. A suspensão do contrato poderá ocorrer a partir do 1º dia útil posterior, ao 60º (sexagésimo) dia de atraso no pagamento da fatura, com comunicação prévia à **CONTRATANTE**. Sendo que após o sexagésimo dia a rescisão do contrato será automática.

21.3. Em caso de fraude, tentativa de fraude e dolo por parte do **CONTRATANTE**.

21.4. A rescisão contratual por parte do contratante, dentro do período mínimo de vigência (12 meses), encejará **multa equivalente a média dos meses pagos, multiplicado pelos meses restantes para o fim do periodo em questão**, em favor da parte inocente.

22. DO DOCUMENTO E PROVA DO PLANO

22.1. São documentos do presente contrato:

22.1.1. Proposta de Adesão;

22.1.2. Declaração de Saúde;

22.1.3. Carta de orientação ao usuário;



22.2. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, com a concordância de ambas as partes contratantes.

23. DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICO-HOSPITALARES

23.1. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões de natureza médico-hospitalares, devem ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros sendo um nomeado pela **CONTRATADA**, o outro pelo **CONTRATANTE** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos pela **CONTRATADA**.

24. DO ERRO OU IMPERÍCIA PROFISSIONAL

24.1. Não caberá responsabilidade alguma da **CONTRATADA**, por imperícia, negligência, erro ou omissão dos profissionais, cirurgiões, médicos, enfermeiros, odontólogos, demais pessoas que, direta ou indiretamente, participem do tratamento e/ou da intervenção cirúrgica, inclusive quaisquer funcionários do estabelecimento hospitalar designado pela **CONTRATADA** ou escolhido pelo usuário.

25. DA CONCORRÊNCIA

25.1. Qualquer plano de saúde ou resseguro que o **CONTRATANTE** ou o usuário mantenha, com qualquer outra operadora ou resseguradora do país ou exterior, para cobrir todas ou algumas das despesas médico-hospitalares cobertas pelo plano ora contratado será considerado concorrente com este, respondendo cada contrato pelas despesas cobertas, na proporção dos seus limites.

26. DA SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

26.1. Efetuado o reembolso, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, o plano individual, ficará sub-rogada, até o limite reembolsado, em todos os direitos e ações do usuário contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenha dado causa aos tratamentos reembolsados pelo plano, obrigando-se o usuário a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS



27.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo **CONTRATANTE**.

Parágrafo único: A assinatura da proposta será suficiente para o aceite de todas as cláusulas do presente contrato.

27.2. o Cartão Individual de Identificação, será disponibilizado de forma virtual no prazo de **até 30 dias** contados da entrega da proposta de adesão à operadora.

27.3. No ato da implantação no sistema, será gerado um **número de identificação** que poderá ser utilizado, a partir da data de vigência do plano, para todo o procedimento médico hospitalar, respeitando as carências contratuais, enquanto o usuário não receber o cartão de identificação.

27.4. O número de identificação descrito na cláusula 27.9, deverá ser apresentado juntamente com um documento com foto.

27.5. 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.

27.6. 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.

28. DO FORO

28.1. Fica eleito o foro da Comarca de Santos, Estado de São Paulo, para dirimir as questões por ventura oriundas deste contrato.

São Paulo,

DONA SAÚDE

CONTRATANTE



ANS - nº 36564-5

PROPOSTA DE ADESÃO N°