



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS
DE SAÚDE NA MODALIDADE PÓS-PAGAMENTO
COBERTURA DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR,
AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA - COLETIVO EMPRESARIAL**

Índice

1.	OBJETO DO CONTRATO	3
2.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
3.	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
4.	EXCLUSÕES DE COBERTURAS	12
5.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO	15
6.	PERÍODO DE CARÊNCIA	15
7.	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	15
8.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
9.	MODALIDADE DE ATENDIMENTO	20
10.	MECANISMO DE REGULAÇÃO	28
11.	FORMAÇÃO DO PREÇO	30
12.	REAJUSTE	32
13.	SUSPENSÃO E RESCISÃO DO CONTRATO	32
14.	EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO	35
15.	CUSTEIO DO PLANO	36
16.	RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE	42
17.	CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA	44
18.	DISPOSIÇÕES GERAIS	44
19.	TABELA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	45
20.	DEFINIÇÕES	50
21.	ELEIÇÃO DE FORO	57



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS
DE SAÚDE NA MODALIDADE PÓS-PAGAMENTO
COBERTURA DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR,
AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA - COLETIVO EMPRESARIAL**

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

Razão Social: BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A.

CNPJ: 15.011.651/0001-54

Número de Registro na ANS: 42171-5

Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo

Endereço: Avenida Alphaville, 779 – 17º andar – sala 1701 parte – Barueri/SP

CEP: 06.472-900

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: CLARO S.A.

Nome Fantasia, se houver: CLARO

CNPJ: 40.432.544/0001-47

Endereço: R HENRI DUNANT, 780 - TORRE A E TORRE B, BAIRRO SANTO AMARO,
CIDADE SÃO PAULO, UF SP, CEP 04709 – 110.

CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Formação do preço: Pós pagamento - Rateio

Tipo de vínculo do Beneficiário: vínculo empregatício ativo e inativo

Área Geográfica de Abrangência: identificada em Anexo a este contrato

Área(s) de atuação: identificada(s) em Anexo a este contrato. Deverá(ão) ser
indicada(s) na proposta e ratificada(s) no Cartão de Identificação do Beneficiário.

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS
DE SAÚDE NA MODALIDADE PÓS-PAGAMENTO
COBERTURA DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR,
AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA - COLETIVO EMPRESARIAL**

CONTRATO Nº 5.408

CONTRATANTE: CLARO S.A.

1. OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, na modalidade de pós-pagamento pelo sistema de rateio, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e nos termos deste instrumento, em consonância com o disposto no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à assistência médica e hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10ª Revisão CID 10 e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.1.1. Este contrato possui natureza de contrato de adesão e é revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes na forma do disposto no Código Civil e na Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

1.2. Para fins do disposto neste contrato, as partes esclarecem que contrato de adesão é aquele em que a Contratante adere às condições de contratação apresentadas pela Contratada, inclusive no que diz respeito às características dos produtos de planos de saúde que estão registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Por se tratar de plano coletivo empresarial, a cobertura oferecida se estende à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante, conforme previsto na legislação em vigor, na forma estabelecida no art. 5º da Resolução Normativa RN nº 195/2009, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e desde que prevista em contrato.

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715

2.2. Para o grupo elegível, o padrão de plano será, obrigatoriamente, único para todas as garantias e para a totalidade de componentes do grupo, devendo ser obedecida a opção feita pelo Contratante, quando do preenchimento e assinatura da proposta.

2.3. O grupo homogêneo, proposto pelo Contratante e sujeito à análise e aceitação da Contratada, é definido como o conjunto de pessoas que possuem igualdade ou similaridade de salário, cargo ou função.

2.4. O início da cobertura para os beneficiários titulares e seus dependentes poderá ocorrer:

- a) na data indicada pelo Contratante, desde que o pedido de inclusão seja feito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou em até 30 (trinta) dias contados da elegibilidade do usuário: admissão, casamento/união estável ou nascimento/adoção; ou
- b) na data indicada pelo Contratante, a qualquer momento durante a vigência do contrato.

2.4.1. Nas situações previstas nos itens "a" e "b" deverão ser observados os prazos de carência previstos na Cláusula 6. Períodos de Carência e o previsto na Cláusula 7. Doenças e Lesões Preexistentes, caso aplicáveis.

2.4.2. Ficam asseguradas as inclusões:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, desde que essa inclusão no contrato ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu nascimento ou da adoção, conforme previsto no art. 12, inciso III da Lei nº 9.656/1998;
- b) de filho adotivo do beneficiário titular menor de (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante; e
- c) de beneficiários inativos, assim considerados aqueles contributários na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e suas regulamentações.

2.4.2.1. O benefício descrito na alínea "a" do item 2.4 será assegurado desde que o recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, se enquadre na condição de beneficiário dependente, conforme previsto no subitem 20.3.2 deste contrato.

2.5. Identificadas as condições de beneficiário dependente previstas no subitem 20.3.2., da Cláusula 20. Definições, não haverá qualquer impedimento à sua participação em razão de idade ou condição de portador de deficiência e nem serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para a vinculação ao Contratante.

2.6. As inclusões ou exclusões de beneficiários, para efeito de faturamento, serão computadas a partir da fatura subsequente ao mês da entrega comprovada da



comunicação à Contratada, respeitando as regras de aceitação previstas contratualmente.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. É assegurada a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, na modalidade pós-pagamento pelo sistema de rateio, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e nos termos deste instrumento, em consonância com o disposto no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à assistência médica e hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10ª Revisão CID 10 e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

3.1.1. Estão cobertas as despesas relativas à cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar, quando necessárias para o tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.1.2. A cobertura garantida corresponde à segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, observada e respeitada a abrangência geográfica, inclusive nos casos de reembolso pela utilização da livre escolha de prestadores de serviço. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato, será garantido independentemente do local de origem do evento.

3.1.3. São garantidas as coberturas mínimas dos procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, previstos nos incisos I, II e III do artigo 12, da Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3.1.4. Os procedimentos e eventos cobertos neste contrato poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, respeitados os critérios de referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Contratada e os prestadores de serviço à saúde.

3.1.5. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, respeitadas a cobertura e a segmentação contratadas, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do plano.

3.2. Cobertura Hospitalar

V3_26.05.2020 1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde
CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.
Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966
SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715

Estão cobertas as despesas médico-hospitalares, sem limitação de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, a critério do médico assistente, desde que haja necessidade clínica, nas seguintes eventualidades:

- a) internações clínicas e cirúrgicas;
- b) internações decorrentes de emergências ou urgências;
- c) tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10);
- d) atendimentos obstétricos que se relacionem ao pré-natal; à gestação; partos normais, que poderão ser realizados por enfermeiro obstétrico habilitado em ambiente hospitalar; cesarianas e ao puerpério; complicações no processo gestacional, bem como abortos determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas com berçário;
- e) pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação Contratada;
- f) transplante de rim, córnea e medula óssea (autólogo e alogênico) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- g) implantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- h) cirurgias restauradoras de funções e a cirurgia plástica que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS:
 - h.1) dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago e;
 - h.2) cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessárias para a correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama;
- i) cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista ou pelo médico, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - i.1) cobertura da estrutura hospitalar e equipe de saúde necessárias 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 e o fornecimento de medicamentos,

anestésicos, gases medicinais, e transfusões utilizados durante o período de internação hospitalar, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

- j) acidente de trabalho, sendo cobertas, exclusivamente, as despesas com assistência médico-hospitalar decorrentes do acidente, observados os limites contratuais;
- k) saúde ocupacional, assim considerando o tratamento de doenças profissionais e o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho que necessitem de internação hospitalar, observada a alínea "s" da Cláusula 4. Exclusões de Cobertura;
- l) cirurgia refrativa, desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e
- m) demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.2.1. São consideradas despesas hospitalares os gastos com:

- a) internação em quarto individual ou em enfermaria (coletivo);
- b) utilização de centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva, ou semi-intensiva, leitos especiais e toda a aparelhagem indispensável ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
- c) alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
- d) serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- e) materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
- f) gases medicinais indispensáveis ao tratamento, até a alta hospitalar;
- g) acomodação e alimentação, quando fornecidas e incluídas pelo hospital, na diária de acompanhante, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas seguintes condições:
 - g.1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; conforme indicação de médico ou cirurgião-dentista assistente;
 - g.2) portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente; e
 - g.3) parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (10 dias), salvo contraindicação do médico assistente, ou, quando houver indicação, limitado ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e o custo relativo à paramentação de seu acompanhante;
- h) remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano contratado, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;
- i) taxas hospitalares inerentes à assistência médico-hospitalar; e

j) despesas relativas a transplantes, quais sejam, as assistenciais com doadores vivos; as com medicamentos utilizados durante a internação, as com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e as com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

j.1) beneficiário candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), e sujeitar-se-ão aos critérios de fila única de espera e de seleção.

3.2.1.1. Os materiais e medicamentos necessários ao atendimento médico hospitalar terão suas despesas pagas e/ou reembolsadas pela Contratada nos prazos previstos neste contrato, tendo como referência as tabelas Brasíndice e SIMPRO.

3.2.1.2. Quando da necessidade de remoção, caberá ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora do serviço de remoção e certificar-se da existência, no estabelecimento a que se destina o paciente, de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

3.2.1.2.1. Quando da necessidade de transplantes, os exames e testes para a escolha do doador (como, por exemplo, o de compatibilidade genética) relativos a estes procedimentos serão cobertos por sistema de reembolso, obedecidos os limites do contrato.

3.2.1.2.2. Caso haja indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação superior, sem ônus.

3.2.1.2.3. Tratando-se de acomodação em quarto coletivo, a Contratada custeará os gastos previstos na alínea "g" mencionada anteriormente.

3.2.1.2.3.1. São consideradas despesas médicas, exclusivamente os gastos previstos adiante, durante o período de internação, desde que solicitados pelo médico assistente e segundo necessidade clínica:

a) honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, os quais incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar (es), anestesista e instrumentador;

b) honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia;

c) exames laboratoriais para controle da evolução da doença;

d) exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilográficos, desde que referentes a tratamentos cobertos, indispensáveis ao controle da evolução da doença e à sua elucidação diagnóstica;

e) transfusão de sangue e seus derivados, até a alta hospitalar;

f) tratamento de quimioterapia e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), radioterapia, hemodiálise,



diálise peritoneal - CAPD, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, segundo necessidade clínica; e

g) outras despesas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3.2.2. Psiquiatria

3.2.2.1 Fica assegurada a cobertura hospitalar psiquiátrica descrita nas alíneas "a" e "b" adiante em número ilimitado de dias:

a) Internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para beneficiário portador de transtornos psiquiátricos; e

b) Internação em hospital geral, para beneficiário portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização.

3.2.2.2. A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, haverá coparticipação do beneficiário, na forma de percentual, sobre o valor das despesas médicas e hospitalares, dentro de um mesmo período anual de vigência do plano.

3.2.2.1. O percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano e, na ausência do percentual máximo, a participação será de 50% (cinquenta por cento).

3.2.2.3. O beneficiário dispõe de dias ilimitados para tratamento em regime de hospital-dia, de acordo com as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS.

3.2.2.4. Terão cobertura, também, os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões autoinfligidas.

3.3. Cobertura Ambulatorial

Serão cobertas as despesas realizadas com consultas médicas, exames e terapias, bem como as decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, inclusive as oftalmológicas e as relativas ao planejamento familiar.

Serão cobertos, ainda, os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato.



3.3.1. Consultas Médicas

Estão cobertas as despesas provenientes de consultas médicas, em número ilimitado, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados, em clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas relativas ao pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na forma do art. 12, inciso I, alínea "a" da Lei nº 9.656/98.

3.3.2. Exames Clínicos e Laboratoriais

Estão cobertas as despesas com os seguintes exames, quando realizados por indicação médica:

- a) análises clínicas;
- b) anatomopatologia;
- c) radiologia;
- d) eletrocardiografia;
- e) eletroencefalografia simples;
- f) ultrassonografia;
- g) endoscopias em geral; e
- h) outros exames constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3.3.3. Terapias

Estão cobertas as seguintes despesas, quando realizadas por indicação médica, segundo necessidade clínica:

- a) atendimento com fisioterapia, realizada por fisioterapeuta ou fisiatra, decorrente de acidente ou doença, inclusive ocupacional;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia, incluindo a radiomoldagem, o radioimplante e a braquiterapia;
- d) litotripsia;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal,
- f) hemoterapia e hemodinâmica ambulatoriais;
- g) atendimento com nutricionista, limitado a 06 (seis) sessões, podendo ser estendidas até 18 (dezoito), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- h) atendimento com fonoaudiólogo, limitado a 12 (doze) sessões, podendo ser estendidas até 96 (noventa e seis), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- i) atendimento com terapeuta ocupacional, limitado a 12 (doze) sessões, podendo ser estendidas até 40 (quarenta), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715

na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

j) consulta ou sessão com psicólogo, limitada a 12 (doze) sessões, podendo ser estendidas até 40 (quarenta), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

j1) sessão de psicoterapia, limitada a 18 (dezoito) sessões, desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

k) demais terapias integrantes do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento; e

l) procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.3.3.1. O período a que se referem as alíneas "g", "h", "i" e "j" deste subitem, será contado a cada ano de contrato, de forma não cumulativa.

3.3.3.2. As despesas referentes aos materiais e medicamentos utilizados durante o atendimento ambulatorial serão reembolsadas pela Contratada que, a seu critério, também poderá fornecê-los aos médicos ou estabelecimentos médico-hospitalares, diretamente ou por meio de empresas especializadas.

3.3.4. Psiquiatria

Serão cobertas as despesas realizadas com o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10).

3.3.4.1. No tratamento de transtornos psiquiátricos, a cobertura ambulatorial sem internação garantirá:

a) atendimento de emergência ao beneficiário, em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativas de suicídio ou autoagressão;

b) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e outros procedimentos ambulatoriais; e

c) atendimentos clínicos ambulatoriais decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.

3.3.5. Fica assegurada a cobertura prevista no contrato ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente no plano, durante os 30 (trinta) dias após o parto coberto, sendo vedada à Contratada qualquer alegação de doenças

ou lesões pré-existentes, ou aplicação de cobertura parcial temporária, ou agravos, nos termos da legislação vigente.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Estão expressamente excluídas da cobertura do plano, as despesas médico-hospitalares não previstas na Cláusula 3. Coberturas e Procedimentos. Garantidos, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época da ocorrência do evento, bem como nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decorrentes de, ou realizadas com:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela ANS e demais órgãos competentes;**
- b) consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar ("home care");**
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto:**
 - c.1) a dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após a cirurgia de redução do estômago; e**
 - c.2) a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama;**
- d) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, spas, clínica de repouso e estâncias hidrominerais;**
- f) tratamento esclerosante de varizes;**
- g) tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;**
- h) medicamentos importados não nacionalizados;**
- i) exames de genética realizados fora do território nacional, independente da coleta do material realizado no Brasil;**
- j) vacinas e medicamentos de qualquer natureza administrados em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial, exceto:**
 - j1) se o atendimento ambulatorial for caracterizado como de urgência ou emergência; e**



- j2) os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- k) curativo simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou, em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional habilitado;
- l) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- m) qualquer atendimento prestado por profissional de saúde não habilitado para a sua realização;
- n) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto:
- o.1) cirurgias bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
 - o.2) procedimentos odontológicos ambulatoriais que, por imperativo clínico, necessitem de ambiente hospitalar. Nesse caso, estão excluídas as despesas com honorários do cirurgião-dentista e o custo dos materiais odontológicos;
- p) sessão/consulta de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição excedente ao limite estabelecido na Diretriz de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), inclusive, a cada ano de contrato, de forma não cumulativa;
- q) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- r) órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, assim entendidas como:
- r1) prótese, qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e
 - r2) órtese, qualquer material permanente ou transitório, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;
- s) procedimentos relacionados com a manutenção de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, com a realização de exames admissionais,



periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, conforme Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho;

t) *check-up*, entendido como a solicitação e realização de exames na ausência de sintomas ou doença;

u) cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e da respectiva Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes à época da ocorrência do evento;

v) internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

w) remoção aérea e marítima e a remoção terrestre que ocorrer nos seguintes casos:

w1) de local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento – ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores referenciados, conforme previsto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011; e

w2) de unidade referenciada para outra não referenciada;

x) despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

y) quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento, tais como serviços telefônicos, frigobar, TV, etc.;

z) equipamentos e aparelhos para utilização após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do beneficiário;

aa) despesas com acompanhante de pacientes, exceto às previstas na alínea "g" a saber: acomodação e alimentação, quando fornecidas pelo hospital, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas seguintes condições: crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; conforme indicação de médico ou cirurgião-dentista assistente; portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente; e parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (10 dias), se no hospital houver disponibilidade de acomodação para acompanhante em enfermaria; e

bb) outros procedimentos não constantes expressamente neste contrato, na Cláusula 3. Cobertura e Procedimentos Garantidos, nas Diretrizes de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na regulamentação editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

5.1. A vigência deste contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data definida na proposta assinada pelo Contratante. Em nenhuma hipótese haverá cobrança da primeira mensalidade com vencimento em data anterior ao início da vigência.

5.2. Este contrato será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de sua vigência e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor, por este motivo.

6. PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. As coberturas garantidas por este contrato somente terão efeito após os seguintes períodos de carência, contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano:

- a) 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de urgência e emergência;**
- b) 300 (trezentos) dias para o parto a termo; e**
- c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.**

6.2. Estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência fixados nesta cláusula os beneficiários que ingressarem em planos cujo número de vidas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso, desde que:

- a) o pedido de inclusão seja feito à Contratada em até 30 (trinta) dias da data do início de vigência do plano, para os beneficiários que já pertencem à população delimitada e vinculada ao Contratante, conforme previsto na Cláusula 2. Condições de Admissão, na época da contratação do plano; ou**
- b) o pedido de inclusão seja feito à Contratada em até 30 (trinta) dias a contar de sua elegibilidade, para os que ingressem no grupo elegível após a data de início deste contrato.**

7. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. As condições estabelecidas nesta cláusula se aplicam, exclusivamente, aos beneficiários que se enquadrem em uma das situações adiante:

- a) Beneficiários que ingressem em contrato cujo número de vidas seja inferior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso;**
- b) Beneficiários cuja solicitação de inclusão seja feita à Contratada após 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato, para aqueles que já pertenciam à população delimitada e vinculada à Contratante, conforme previsto na Cláusula 2. Condições de Admissão, na época de sua contratação; ou**



c) **Beneficiário cuja solicitação de inclusão seja feita à Contratada após 30 (trinta) dias de sua elegibilidade, para aqueles cujo vínculo com o Contratante se dê após início do contrato.**

7.2. Além do preenchimento da Declaração de Saúde, a Contratada se reserva o direito de exigir do proponente a beneficiário - titular ou dependente - a realização de Exame Médico para Avaliação de Risco, arcando com as despesas necessárias.

7.2.1. O não atendimento desta exigência autorizará a Contratada a recusar a aceitação desse proponente a beneficiário.

7.2.2. A critério do proponente a beneficiário, essa declaração será preparada sob orientação médica, especialmente no que diz respeito a doenças ou lesões pré-existentes à data do ingresso no plano, cujos sintomas já sejam de conhecimento do(s) interessado(s) na cobertura oferecida, sob pena de, após regular trâmite na ANS, esta vir a ser considerada fraudada e, por isso, o beneficiário poderá ser excluído do plano, junto aos eventuais dependentes.

7.2.2.1. O proponente a beneficiário poderá escolher um médico, dentre os pertencentes à lista de profissionais médicos da rede de prestadores referenciados pela Contratada, para orientá-lo no preenchimento da declaração, sem qualquer ônus.

7.2.2.2. Caso opte por um profissional de sua livre escolha, o proponente a beneficiário assumirá o ônus financeiro dessa entrevista.

7.3. Se na Declaração de Saúde ou no Exame Médico para Avaliação de Risco for identificada alguma patologia ou lesão de que o proponente a beneficiário - titular ou dependente - seja portador, a Contratada aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT). A inclusão desta suspensão deve ser precedida da concordância expressa do proponente a beneficiário titular.

7.4. A doença ou lesão pré-existente poderá ser identificada pela Contratada por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova.

7.4.1. As informações médicas obtidas pela Contratada terão caráter sigiloso, somente podendo ser utilizadas para elucidação, no âmbito administrativo ou judicial, de eventos médico-hospitalares relacionados ao plano.

7.5. Em nenhuma hipótese haverá recusa da Contratada em aceitar o proponente a beneficiário caso seja constatada alguma patologia ou lesão na Declaração de Saúde ou no Exame Médico para a Avaliação do Risco.

7.6. À Contratada não será permitido alegar, posteriormente à inclusão do beneficiário no plano, a omissão, por parte do proponente a beneficiário, de

informação a respeito de Doença ou Lesão Pré-existente, caso o mesmo tenha sido submetido a qualquer tipo de exame ou perícia, com vistas à sua admissão no plano.

7.7. Caso a Contratada identifique, durante a vigência deste contrato, possível omissão de informações, por parte do beneficiário ou de seu representante legal, relativa a doenças ou lesões pré-existentes que saiba ser portador à época da contratação, deverá comunicá-lo imediatamente, mediante envio de Termo de Comunicação ao beneficiário e poderá, nos termos da resolução normativa em vigor à época:

- a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) na forma definida neste contrato e nas informações constantes na Carta de Orientação ao Beneficiário (anexa ao Documento de Inclusão); ou**
- b) solicitar a abertura de processo administrativo junto à ANS em razão dessa omissão.**

7.7.1. Se houver deferimento por parte desse órgão, após julgamento do referido processo, à Contratada será permitido a exclusão do beneficiário e eventuais dependentes e a cobrança ao beneficiário ou ao seu representante legal, pelos custos havidos em decorrência da realização de procedimento(s) relativo à doença ou lesão não declarada oportunamente.

7.7.2. Nenhuma cobertura será negada ao beneficiário ou a qualquer de seus dependentes, para doença ou lesão preexistente não declarada, até que a Contratada apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que o beneficiário omitiu a doença ou lesão na Declaração de Saúde.

7.7.2.1. Até a decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

7.8. Não haverá aplicação de CPT ou Agravo, nos casos de Doença ou Lesão Pré-existente, para os beneficiários que ingressem em contratos cujo número de vidas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data de seu ingresso, desde que:

- a) o pedido de inclusão tenha sido feito ao Contratada em até 30 (trinta) dias do início de vigência do plano, para àqueles que já pertenciam à população delimitada e vinculada ao Contratante, conforme previsto na cláusula 2. Condições de Admissão, na época da contratação; ou**
- b) o pedido de inclusão tenha sido feito à Contratada em até 30 (trinta) dias de sua elegibilidade, para aqueles cujo vínculo com ao Contratante se dê após o início do contrato.**

8. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Nos casos caracterizados como de emergência ou urgência, assim considerados aqueles definidos nesta cláusula, respectivamente, o beneficiário poderá ser atendido em quaisquer dos prontos-socorros constantes na lista da rede referenciada do produto contratado e que estarão devidamente identificados.

8.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, respeitadas as condições contratadas, decorridas 24 (vinte e quatro horas) da vigência do contrato.

8.3. Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

8.4. Ficam garantidos os atendimentos de urgência e emergência, inclusive quando se referirem ao processo gestacional, limitados as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que:

- a) o beneficiário estiver submetido à Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes; ou
- b) o beneficiário estiver em período de carência para a internação.

8.4.1. Exclusivamente nos casos previstos nas alíneas "a" e "b", deste item, conforme estabelecido na legislação vigente 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 do beneficiário.

8.5. Para os beneficiários que ingressem em contrato cujo número de vidas seja igual ou superior a 30 (trinta) na data de seu ingresso, não haverá exigência de Carência ou Cobertura Parcial Temporária, sendo a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, desde o seu início no plano.

8.6. Fica assegurada a cobertura de remoção ao paciente depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento. Neste caso a remoção será realizada para um estabelecimento

hospitalar da rede referenciada ou outro estabelecimento, de livre escolha do beneficiário e do médico responsável, em comum acordo.

8.6.1 A cobertura de remoção será por reembolso, dentro dos limites estabelecidos neste contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do beneficiário, para unidade própria do SUS ou a ele conveniada, nos seguintes casos:

- a) após o atendimento de urgência e emergência, quando o beneficiário submetido à cobertura parcial temporária necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes; ou
- b) após o atendimento de urgência e emergência, no caso de beneficiário que ainda está cumprindo carência para internação.

8.6.1.1. Nestes casos são aplicáveis as seguintes regras:

- a) Caso não haja possibilidade de remoção em razão de risco de vida do beneficiário, seu representante ou responsável deverá negociar com o prestador de serviços a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência ao beneficiário, desobrigando-se, assim, a Contratada desse ônus;
- b) A Contratada garantirá ao paciente a cobertura de remoção cabendo ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora de serviço de remoção, para uma unidade própria do SUS ou a ele conveniada, que disponha dos recursos necessários a garantir continuidade de seu atendimento. Para a remoção, será utilizada ambulância que disporá de todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, ficando assegurada a assistência ao paciente até que seja efetivado o seu registro na unidade própria do SUS ou a ele conveniada; ou
- c) Se o paciente ou seu responsável/representante optar pela continuidade do atendimento em outra unidade, que não seja própria ou conveniada ao SUS, mediante assinatura de termo de responsabilidade, não haverá cobertura para a remoção.

8.6.2. Após o cumprimento do período de carências, a cobertura de remoção estará assegurada também, a partir da ciência da Contratada, quando ocorrer:

- a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, dentro da área de atuação do plano contratado, para estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado;
- b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não pertencente à rede referenciada do plano contratado, para estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado;
- c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede referenciada do plano contratado e localizado dentro de sua área de atuação, para outro estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado,



quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem;

d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não pertencente à rede referenciada do plano contratado e localizado fora de sua área de atuação, para um estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado, apto a realizar o devido atendimento, nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado e na indisponibilidade ou inexistência de prestador, conforme previsto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011; e

e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede referenciada do plano contratado e localizado dentro de sua área de atuação, para estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em unidade de saúde específica.

8.6.3. Nas hipóteses relacionadas nas alíneas do subitem anterior, a remoção somente poderá ser realizada mediante consentimento do beneficiário ou de seu responsável e autorização do médico-assistente.

9. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

9.1. Acesso a Livre Escolha de Prestadores

9.1.1. Nos termos e limites deste contrato, fica garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do beneficiário, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na abrangência geográfica e área de atuação contratadas e constantes da proposta.

9.1.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente contrato, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento, pela Contratada, da documentação adequada, estipulada neste contrato.

9.1.2.1. Caso a documentação não contenha todos os documentos, conforme lista descrita adiante, ou ainda em caso de inexatidão dos referidos documentos, a Contratada poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo beneficiário.

9.1.2.2. Após a entrega dos documentos pelo beneficiário, a Contratada terá um novo prazo, de até 30 (trinta) dias, para efetuar o reembolso.

9.1.2.3. O beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.



9.1.3. O valor do reembolso em Reais será obtido através da multiplicação dos seguintes fatores:

- a) a quantidade de CR (Coeficiente de Reembolso), cujos valores de referência para os procedimentos médicos cobertos encontram-se previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos definida no item 20.31 deste contrato;
- b) o valor do CR (em Reais) vigente na data do evento; e
- c) o múltiplo de reembolso correspondente ao plano em que o beneficiário estava inscrito na data do evento.

9.2. As despesas médico-hospitalares efetuadas no exterior serão reembolsadas em moeda nacional, ao câmbio de venda da data do evento, observadas as condições contratuais inclusive quanto aos limites de reembolso estabelecidos na Tabela de Produtos informada no Anexo de cada plano. Para o pagamento do reembolso será necessária a apresentação da correspondente documentação descrita no subitem 9.1.1 adiante, devidamente traduzida, e que caracterize perfeitamente o evento e as respectivas despesas médico-hospitalares.

9.3. Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos da Bradesco Saúde
Tabela de Procedimentos Médicos da Bradesco Saúde, adaptada à Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que fixa, em reais, os valores de reembolso para os procedimentos médicos cuja cobertura obedece ao disposto no contrato.

9.4. A tabela é parte integrante do contrato e encontra-se registrada em cartório e disponível na sede da Contratada, na sede do cliente e no portal da Contratada, www.bradescoseguros.com.br, para consulta dos beneficiários, com suas eventuais atualizações.

9.5. Reajuste do Reembolso no Acesso à Livre Escolha de Prestadores

O reembolso consiste no valor pago pela Contratada ao beneficiário quando da utilização de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares não integrantes da rede referenciada do produto contratado, nos termos e limites deste contrato.

9.5.1. A fim de atualizar o valor do reembolso, o CR (Coeficiente de Reembolso) será reajustado, anualmente, utilizando-se como referência os parâmetros aplicados ao reajuste das tabelas de honorários, procedimentos e serviços, praticados com os prestadores referenciados. Desta forma, o reajuste será definido pela Variação do Custo Médico e Hospitalar, desconsiderado a variação do componente "frequência" (VCMH_{SF}), num período de 12 meses relativamente aos 12 meses imediatamente anteriores, conforme fórmula a seguir:

$$VCMH_{SF} = \frac{\text{Custo Médico Hospitalar sem frequência (Período 2)}}{\text{Custo Médico Hospitalar (Período 1)}}$$

9.5.1.1. O componente “frequência”, mencionado no subitem 9.5.1, reflete a quantidade de utilização de procedimentos e serviços, em determinado período de apuração, pelos beneficiários dos planos.

9.5.1.2 O cálculo do Custo Médico Hospitalar sem frequência (CMH_{SF}), apontado no subitem 9.5.1, é realizado conforme fórmula a seguir:

$$CMH_{SF} = \frac{\text{Despesa Assistencial (sem frequência)}}{\text{Total de beneficiários expostos}}$$

9.5.1.3. Para o cálculo da despesa assistencial sem frequência considera-se o valor médio pago pela Contratada para cada item de despesa, multiplicado pela frequência observada no período anterior.

9.6. É responsabilidade do Contratante dar ciência a todos os beneficiários do contrato, sejam ativos ou inativos, quanto aos percentuais de reajuste aplicados ao reembolso, conforme descrito neste item.

9.7. Quando o beneficiário utilizar um prestador de serviços que não fizer parte do produto contratado, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, será sempre feito por reembolso ao beneficiário, para eventos cobertos pelo plano, de acordo com os limites contratados e desde que o prestador esteja localizado em território nacional, ficando assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede referenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

9.8. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela Contratada, da documentação adequada, estipulada neste contrato.

9.9. Caso a documentação não contenha **todas as informações completas e exatas, inclusive as necessárias à verificação de seu enquadramento nos critérios estabelecidos na DUT – Diretrizes de Utilização – relacionado ao Rol de Procedimentos em vigor na época do evento**, e conforme lista descrita adiante, ou ainda em caso de inexatidão dos referidos documentos, a Contratada poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a chegada da

documentação. Isto acarretará um novo prazo, de até 30 (trinta) dias a partir do cumprimento das solicitações, para que o reembolso possa ser efetuado.

9.10. O beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.

9.11. Para o efetivo reembolso o beneficiário deverá apresentar formulário específico, devidamente preenchido com seus dados cadastrais, acompanhado da documentação completa e descrita adiante:

9.11.1. Consulta Médica

Para a solicitação de reembolso das consultas médicas realizadas em prestadores não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) consulta realizada em consultório médico:
 - a1) recibo, original e quitado, emitido pelo médico, contendo nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo);
- b) consulta realizada em clínica ou hospital:
 - b1) nota fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital ou clínica contendo razão social e CNPJ da instituição, nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, especialidade e carimbo do médico.

9.11.2. Exames

Nos casos em que o beneficiário realizar exames clínicos ou de imagem em prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, deverá solicitar o reembolso mediante a apresentação de:

- a) pedido médico datado, assinado e carimbado contendo nome do paciente, nome técnico de cada exame realizado, sem siglas ou códigos, bem como a correspondente metodologia, caso exista mais de um método diagnóstico disponível, e indicação para a respectiva solicitação; e
- b) nota fiscal ou recibo, original e quitado, emitido pelo prestador que realizou o exame, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada exame realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição, bem como, no caso de apresentação de recibo de pessoa física, o CPF e seu registro no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou o exame.

Quando realizados exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética etc.), também deverá constar, na documentação apresentada para reembolso, a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais e medicamentos, com seus valores unitários discriminados.

Nos casos de realização de exames genéticos, deverão ser enviados, adicionalmente:

- a) relatório médico informando: indicação relacionada à conduta terapêutica, quadro clínico, histórico familiar, a análise do heredograma, hipótese diagnóstica, laudos dos exames realizados para a elucidação diagnóstica da patologia, indicação de um geneticista clínico e a metodologia utilizada, e se foram realizados em território nacional.

9.11.3. Procedimentos Ambulatoriais

Na realização de cirurgias de pequeno porte ou atendimentos em pronto socorro em prestadores não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o beneficiário deverá apresentar:

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado contendo nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado e, nos casos de pequenas cirurgias, a correspondente indicação clínica, com a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios,
- b) laudo anatomopatológico, se houver;
- c) boletim operatório, se houver; e
- d1) recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou
- d2) nota fiscal, original e quitada, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, razão social e CNPJ da instituição.

Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, documento complementar, firmado com a expressa manifestação da vontade do beneficiário/paciente, em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Em se tratando de casais, também deve ser enviado documento em que conste o expresse consentimento do cônjuge ou companheiro(a).

Na realização de cirurgias refrativas, será necessário o envio, em complemento à documentação constante no parágrafo anterior, de relatório do médico-assistente informando o erro de refração (expresso em graus) que indicou o referido procedimento cirúrgico.

Nos documentos citados nas alíneas "a", "d.1" e "d.2" devem constar as descrições dos materiais, medicamentos, taxas e outras despesas, com seus respectivos valores unitários.

9.11.4. Internação, Inclusive de Natureza Obstétrica

As internações clínicas ou cirúrgicas serão reembolsadas, mediante o cumprimento, por parte do beneficiário, das condições adiante:

9.11.4.1 Despesas Hospitalares

Para a solicitação do reembolso de despesas hospitalares, o beneficiário deverá apresentar:

- a) relatório médico contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação e descrição e período do atendimento;
- b) nota fiscal, original e quitada emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente, data do evento, valor pago, razão social e CNPJ do hospital; e
- c) fatura emitida pelo hospital com a descrição detalhada da conta hospitalar, inclusive diárias, taxas, relação de materiais e medicamentos utilizados e exames efetuados e cobrados do beneficiário durante a internação, com os respectivos valores unitários, data da alta e período de cobrança.

9.11.4.2 Honorários Médicos

Para a solicitação do reembolso da equipe médica e/ou do médico assistente que tenha realizado o atendimento durante o período de internação, o beneficiário deverá apresentar:

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação, descrição e período do atendimento;
- b) laudo anatomopatológico (se houver);
- c) boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;
- d) laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à patologia;
- e) pareceres de especialistas relacionados à patologia, se houver; e
- f.1) recibo, original e quitado, emitido pelo médico contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou
- f.2) nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento, razão social e o CNPJ da instituição.

Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, o documento complementar firmado com a expressa manifestação da vontade do beneficiário/paciente, em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Em se tratando de casais, também deve ser enviado documento em que conste o exposto consentimento do cônjuge ou companheiro(a).

Adicionalmente, devem constar em um dos documentos citados nas alíneas "a", "f.1" e "f.2", participação e os valores correspondentes a cada membro da equipe que realizou o atendimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar etc.). No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas cobradas.

9.11.5. **Remoção em Ambulância**

Nos casos em que haja necessidade de remoção terrestre do beneficiário entre prestadores hospitalares, com utilização de empresa de remoção não integrante da rede referenciada do plano contratado, a solicitação do reembolso deverá ser feita mediante a apresentação de:

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, informando o nome do paciente, diagnóstico e indicação clínica para a remoção; e
- b) nota Fiscal, original e quitada emitida pela empresa de remoção, contendo: o nome do paciente, data da remoção, valor pago, quilometragem percorrida, local de partida e destino, tempo de espera, se houver, tipo de ambulância (UTI ou simples), descrição do valor dos honorários médicos, se houver, razão social e CNPJ da empresa.

9.11.6. **Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional**

Quando o beneficiário optar por um prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, para realização das terapias descritas neste subitem, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no CRM, contendo nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e indicação para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período de tempo); e
- b.1) recibo, original e quitado, contendo nome do paciente, número de sessões e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição da terapia e dados do profissional que realizou a terapia (nome, CPF e número de inscrição no respectivo Conselho Regional - CREFITO-F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
- b.2) nota fiscal, original e quitada, contendo, além de todas as informações listadas na alínea anterior, razão social e CNPJ da instituição onde foram realizadas as sessões de terapia.

Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea "a" do item anterior, deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão.

Na realização de fisioterapia deverá ser enviado, adicionalmente, laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia.

9.11.7. **Quimioterapia, Radioterapia e Diálise**

Nos casos em que o beneficiário realizar os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e diálise, em prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:



- a) relatório emitido pelo médico assistente, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, número e data das sessões, diagnóstico, descrição e indicação para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico; e
- b) recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
- c) nota fiscal, original e quitada, contendo: nome do paciente, número de sessões e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento, razão social e CNPJ da instituição; e
- d) fatura que descreva todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas etc.) com seus valores unitários.

Na realização de quimioterapia, deverá ser enviada a seguinte documentação complementar:

- a) laudos dos exames relacionados à patologia em questão (anatomopatológico, imunohistoquímico, de imagem, etc.);
- b) laudos dos exames, no caso da utilização de adjuvantes, assim como indicação médica para seu uso; e
- c) novo relatório médico, em caso de troca de esquema terapêutico, com a indicação e laudos de exames, se houver.

9.11.8. Acupuntura

O beneficiário poderá realizar os procedimentos de acupuntura em prestador que não faça parte da rede referenciada do plano contratado e solicitar posteriormente o reembolso, desde que apresente:

- a) recibo emitido pelo médico ou demais profissionais legalmente habilitados, contendo nome do paciente, número de sessões e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM ou registro no conselho profissional, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
- b) nota fiscal emitida pelo prestador onde foram realizadas as sessões, contendo nome do paciente, número de sessões e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento, razão social e CNPJ da instituição e nome e CRM do médico que realizou as sessões.

9.11.9. Nutrição

Para a solicitação de reembolso das consultas de nutrição indicadas por profissional médico regularmente inscrito no CRM e realizadas por profissionais não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o beneficiário deverá apresentar a seguinte documentação:

- a) relatório datado, assinado e carimbado, emitido pelo nutricionista que realizou as consultas, contendo nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual,

descrição e indicação para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de consultas programadas para um determinado período de tempo);

- b) recibo emitido pelo profissional que realizou as consultas contendo nome do paciente, número de consultas e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do atendimento e dados do nutricionista (nome, CRN, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
- c) nota fiscal emitida pelo profissional que realizou as consultas contendo nome do paciente, número de consultas e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do atendimento e dados do nutricionista (nome, CRN, CPF, endereço, telefone e carimbo).

9.11.10. **Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica**

A solicitação de reembolso referente as próteses e órteses implantadas cirurgicamente e que estejam previstas na cobertura contratada devem ser encaminhadas mediante a apresentação de:

- a) relatório emitido pelo médico assistente contendo o nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e indicação para a solicitação do material; e
- b) nota fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante com nome do paciente, data da emissão, valor pago, descrição do material, marca, modelo, fabricante, etiqueta/lacre do produto utilizado, número de registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), nome e CNPJ do emitente, não se aceitando recibo do médico, nota fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia.

Independente do procedimento realizado, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: RPA (recibos de pagamentos de autônomos), RPS (recibos provisórios de serviços e ou temporários), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica).

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Em se tratando de internação hospitalar em instituição referenciada, a Contratada poderá pagar as despesas decorrentes de eventos cobertos, diretamente ao hospital e aos profissionais que estiverem referenciados no período de atendimento, se a internação for autorizada através dos meios de comunicação disponíveis, e desde que fique perfeitamente caracterizada a cobertura do evento no momento da solicitação de autorização do procedimento.

10.1.1. Será necessária justificativa do médico assistente sempre que houver, durante a internação:

- a) **atuação de especialista;**
- b) **atuação de mais de um médico por especialidade; e**



c) mais de uma visita de médico de uma mesma especialidade, por dia de internação.

10.1.2. No caso de haver indicação para internação cirúrgica eletiva, a Contratada poderá solicitar ao beneficiário que compareça a um dos centros de referência, para avaliação quanto às condições de sua realização. A autorização para internação clínica ou cirúrgica eletiva deverá ser solicitada à Contratada com a antecedência acordada com o estabelecimento hospitalar, se o beneficiário optar pelo atendimento na rede referenciada.

10.1.3. Em nenhuma hipótese será negada autorização para realização de procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede referenciada.

10.1.4. Nos casos relativos à urgência e emergência não haverá necessidade de prévia autorização da Contratada.

10.2. Perícia Médica

10.2.1. A Contratada poderá utilizar-se de médico avaliador, disponibilizando seu atendimento no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, conforme inciso IV do art. 4º da Resolução CONSU nº 08.

10.3. Alteração na Rede Hospitalar

10.3.1. A inclusão dos profissionais na rede referenciada estará sujeita à concordância do prestador e à análise e aceitação da Contratada.

10.3.2. Quanto à exclusão ou substituição dos profissionais médicos, das instituições e entidades hospitalares que compõem a rede referenciada, estas poderão ser efetuadas a pedido do prestador ou por iniciativa da Contratada.

10.3.2.1. No caso das entidades hospitalares, adicionalmente, deverão ser observadas as condições adiante:

- a) No caso de substituição de prestador da rede hospitalar, esta poderá ser realizada desde que por outro prestador equivalente, e mediante comunicação prévia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- b) No que se referir ao redimensionamento da rede hospitalar, em razão de redução, esta somente poderá ocorrer mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

10.3.2.2. Quando da substituição/exclusão, a Contratante será comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, ficando garantidos a permanência do beneficiário e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando esta substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão



decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação de beneficiário, fica garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto no art. 17 da Lei nº 9.656/98.

10.4. Divergências de Natureza Médica

10.4.1. É garantido ao beneficiário, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, que eventual impasse seja dirimido por junta médica, na forma estabelecida na regulamentação aplicável, em vigor à época do evento.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO

11.1. Os valores que compõem o preço deste contrato foram estabelecidos no sistema denominado "pós-estabelecido na forma de rateio", conforme descreve o item 11, anexo II da RN nº 100/05.

11.2. Nesta modalidade, a responsabilidade pelo pagamento das despesas assistenciais do plano, encargos sociais, taxas e tributos incidentes sobre a operação, bem como da remuneração da Contratada, será do Contratante, que deverão efetuar diretamente à Contratada na(s) data(s) previamente acordada(s) entre as partes, e não poderão repassá-lo integralmente ao beneficiário, conforme estabelecido na Súmula Normativa nº 9, editada pela ANS em 09/11/2005.

11.3. Participação financeira do Contratante

11.3.1. O plano de saúde objeto do contrato é coletivo empresarial, sendo a Contratante responsável pelo pagamento integral à Contratada de todos os seus custos.

11.4. Composição dos valores a serem remetidos pelo Contratante à Contratada

11.4.1. Os valores a serem remetidos pelo Contratante à Contratada compõem-se de: despesas assistenciais e despesas extraordinárias.

- a) Despesas Assistenciais, consideradas como tais:
- a1) atendimento na rede referenciada do plano contratado;
 - a2) atendimento de livre escolha, realizado por obrigação legal ou contratual;
 - a3) despesas referentes ao reembolso ao Sistema Único de Saúde (SUS) na forma prevista no art. 32 da Lei nº 9.656/98;
 - a4) todos os tributos e demais encargos de qualquer natureza, devidos pela Contratada às entidades públicas, de competência federal, estadual e/ou municipal, diretamente relacionados à utilização do plano;
 - a5) custos com contratação de terceiros para a realização de auditoria, de perícia médica e/ou de enfermagem hospitalar, para a emissão de segunda opinião

a respeito de dúvidas de natureza médico-hospitalar, para a elaboração de pareceres técnicos de um especialista e/ou de juntas médicas para avaliação de divergências de natureza médica, quando se fizer necessário, bem como para a implementação de técnicas de regulação de sinistros, com o intuito de validar, introduzir ou aperfeiçoar mecanismos contra fraudes e desperdícios; verificar se na contabilidade esses valores são lançados como despesa assistencial para pagamento pelo cliente.

- a6) despesas decorrentes da utilização dos serviços médicos, hospitalares e/ou médico-complementares não cobertos ou excluídos do plano contratado, quando sua prestação tiver sido previamente determinada, por escrito, por representante legal do Contratante ou decorrer de ordem de autoridade pública competente, liminar ou definitiva, no âmbito administrativo ou judicial.
- b) O resultado obtido pela Taxa de Administração, multiplicado pelo número de beneficiários ativos na data de emissão da fatura, assim considerados aqueles incluídos em data menor ou igual à do mês de sua competência ou o montante obtido pela multiplicação da Taxa de Administração, quando fixada em percentual, pelas despesas com sinistros; e
- c) O resultado obtido pela Taxa de Manutenção de Cadastro de Beneficiários, multiplicado pelo número de beneficiários ativos no último dia do mês de competência;
- d) As Despesas Extraordinárias, consideradas como tais:
- d1) Taxas e demais valores cobrados pela ANS que estejam relacionadas ao plano de saúde;
 - d2) Tarifas bancárias e custos de emissão e envio de boletos bancários aos beneficiários, desde que previamente acordado entre a Contratada e o Contratante;
 - d3) Custos com elaboração do "lay-out" do cartão de identificação, caso ele seja personalizado para o Contratante;
 - d4) Custos com confecção de segundas vias de cartões de identificação, qualquer que seja o motivo;
 - d5) Custos com envio de correspondências ou quaisquer documentos aos beneficiários em seus domicílios;
 - d6) Custos com customizações e desenvolvimento de soluções específicas do sistema eletrônico e de processos da Contratada, com vistas a atender as necessidades do Contratante, desde que previamente acordado entre as partes;



- d7) Custos de locomoção, estadia e alimentação, incorridos pela Contratada, para a realização de análise e ampliação da rede referenciada a pedido do Contratante;
- d8) Custos com serviços advocatícios para a defesa da Contratada nas demandas judiciais ou extrajudiciais propostas pelos beneficiários vinculados ao Contratante, bem como todos os demais valores desembolsados pela Contratada, em favor de beneficiários ou de terceiros, em razão de tais demandas; e
- d9) Pagamento de outras despesas extras incorridas pela Contratada em decorrência da realização de atividades solicitadas pelo Contratante com a anuência da Contratada, não previstas neste contrato.

11.5. O Contratante deverá assegurar o pagamento mínimo correspondente a R\$20.000,00 (vinte mil reais) por mês à Contratada, a título de Taxa de Administração.

12. REAJUSTE

12.1. A Taxa de Administração será reajustada, anualmente, no aniversário do contrato, ou na menor periodicidade permitida em lei, tendo por base a variação positiva combinada da somatória de 50% do IGP-M, da Fundação Getúlio Vargas e 50% da variação anual acumulada do IPCA, do IBGE, ou outro índice, da mesma natureza, que vier a substituí-lo.

12.2.1. Na hipótese de não haver qualquer índice substituto, as partes, de comum acordo, estipularão um novo índice para reajuste dos valores-base para o cálculo do reajuste da referida taxa e, ainda, caso algum dos índices apresente variação negativa, este será desconsiderado da apuração.

12.3. A Taxa de Manutenção do Cadastro de Beneficiários será reajustada, anualmente, no aniversário do contrato, tendo por base a variação do IGP-M, da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice, da mesma natureza, que vier a substituí-lo.

13. SUSPENSÃO E RESCISÃO DO CONTRATO

13.1. SUSPENSÃO

13.1.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação, na suspensão das coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito, sem que caiba restituição da parcela já paga, não isentando o Contratante do pagamento do valor devido que estiver em atraso.

13.1.1.1. O direito à cobertura será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente a regularização do referido pagamento.

13.2. RESCISÃO

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715



13.2.1. Constitui causas de rescisão motivada do contrato:

- a) a fraude comprovada;
- b) a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Contratante;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que o Contratante tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da Contratada requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- d) a exclusão de beneficiários – titulares e/ou dependentes, independentemente de motivo, que reduza o grupo elegível a número de vidas inferior ao mínimo exigido na Cláusula 20. Definições, desse contrato, para sua a constituição ou a 20% (vinte por cento) do número de vidas constante da proposta;
- e) o descumprimento, pelo Contratante ou pela Contratada, de obrigações contratualmente estabelecidas.

13.2.2. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes solicitar a sua rescisão, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas adiante:

- a) na hipótese prevista na alínea “b” do subitem anterior, sem ônus; ou
- b) imotivadamente, ou se motivada pelo Contratante, por qualquer das hipóteses previstas nas alíneas “a”, “c”, “d” e “e” do item 13.2.1, condicionando o mesmo ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura.

13.2.2.1. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus, exceto na hipótese prevista na alínea “a” do subitem 13.2.1, que dispensa a Contratada de comunicar a rescisão com antecedência.

13.3. Run-Off

13.3.1. Encerrado o contrato, terá início o período de "run-off", durante o qual a Contratada realizará somente as atividades de regulação e liquidação de sinistros relacionados tão somente à utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários anteriormente a data do encerramento, já que os serviços de saúde serão interrompidos a partir desta data.

13.3.2. O período de "run-off" terá duração de 12 (doze) meses, sendo contados a partir do primeiro dia subsequente a data de cancelamento, e tem por objetivo liquidar as pendências ainda existentes em relação à utilização do plano até a data do cancelamento, inclusive as relativas ao ressarcimento ao SUS.

13.3.3. Em qualquer hipótese de encerramento do contrato, por qualquer motivo, o Contratante pagará à Contratada, a título de taxa de administração, o valor de 10% (dez por cento) sobre o valor dos repasses das despesas assistenciais a serem pagas à rede referenciada ou de reembolsos aos beneficiários, que ocorrerem neste período.

13.3.4. Em qualquer hipótese de encerramento do contrato, o Contratante obriga-se a recolher, até a data do efetivo encerramento, os cartões de identificação dos beneficiários e proceder à sua devolução à Contratada.

13.3.5. Fica certo que, considerando que o sistema de formação de preço é o "pós-estabelecido na forma de rateio, mesmo após o decurso do período de "run-off", sobreviverá a obrigação do Contratante de reembolsar à Contratada toda e qualquer despesa em decorrência:

- a) da prestação de serviços ocorridos na vigência do contrato, incluindo as importâncias pagas a título de ressarcimento decorrente da utilização pelos beneficiários durante a vigência do contrato, dos serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde - SUS,
- b) das despesas administrativas extraordinárias, inclusive os custos com serviços advocatícios nas demandas judiciais ou extrajudiciais que tenham relação com as decisões do Contratante, bem como todos os demais valores desembolsados pela Contratada em favor dos beneficiários ou de terceiros, em razão de tais demandas durante o período de vigência do contrato; e
- c) das despesas com sinistros e/ou despesas extraordinárias decorrentes da utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários portadores de cartões de identificação ainda válidos e não recolhidos pelo Contratante, nos termos deste contrato.

13.4. Caso o contrato seja cancelado, por qualquer motivo, seja por rescisão ou não renovação de seu prazo de vigência, estará extinto o benefício de assistência à saúde fornecido pela Contratada a todos os beneficiários titulares e dependentes vinculados ao Contratante.

13.4.1. Na hipótese de cancelamento do contrato com a Contratada, caso o Contratante venha a contratar novo plano de assistência médico-hospitalar empresarial ou seguro-saúde com outra operadora de planos de assistência à saúde, obriga-se o Contratante a comunicar a troca de operadora a todos os beneficiários titulares e dependentes vinculados ao seu contrato obrigando-se, ainda, a garantir a transferência de todos estes para a nova operadora, inclusive os beneficiários (ativos ou inativos) que tenham obtido manutenção da cobertura do plano de saúde, por força de lei ou por determinação judicial.

13.4.2. Na hipótese de cancelamento do contrato com a Contratada, caso o Contratante não contrate novo plano de assistência médico-hospitalar empresarial ou seguro-saúde com outra operadora, será facultado aos beneficiários titulares e seus dependentes, desde que inscritos até a data do cancelamento, a contratação de plano

individual ou familiar com a Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência. Para tanto deverão ser respeitadas as seguintes condições cumulativamente:

- a) a Contratada esteja comercializando plano individual ou familiar na data do cancelamento do contrato; e
- b) a opção pela contratação do plano de saúde individual ou familiar se dê em até 30 (trinta) dias do cancelamento do contrato.

13.4.2.1. Compete ao Contratante informar ao beneficiário titular que a sua opção pela contratação do plano de saúde individual deve se dar em até 30 (trinta) dias do cancelamento do contrato.

13.5. Sem prejuízo do disposto nos itens 13.4.1 e 13.4.2., em qualquer hipótese de cancelamento do contrato ou de suspensão da cobertura, seja qual for o motivo, caberá ao Contratante:

- a) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento do contrato ou da subfatura, bem como por penalidades ou multas, e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a Contratada, que envolva os beneficiários do contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que esta venha a despende em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os beneficiários, inclusive com relação a quaisquer condenações (judiciais ou administrativas), penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.; e
- b) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, seja de que natureza forem, intentadas por beneficiários que, por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de beneficiários da Contratada, após o término de vigência do contrato, obrigando-se a ressarcir à Contratada de todos os valores que esta venha a ser compelida a despende a este título, inclusive com relação a penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.; e
- c) Reembolsar à Contratada todos os valores que esta vier a reembolsar ao Sistema Único de Saúde, a título de Ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9.656/98 e que se refiram a atendimentos prestados aos beneficiários.

14. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

14.1. O beneficiário será excluído do plano, nas seguintes situações:

- a) em caso de morte;**
- b) em caso de o beneficiário titular deixar de pertencer ao conjunto de pessoas que mantém vínculo comprovado com o Contratante, conforme definido na**



Cláusula 2. Condições de Admissão, exceto se ele e seus dependentes incluídos neste contrato fizerem jus à permanência no plano, em razão do que dispõem os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, por ocasião de seu desligamento ou aposentadoria;

c) por inexatidão ou omissão, no fornecimento de informações cadastrais, que tenha influenciado na aceitação do plano, mediante apresentação de prova pela Contratada e comunicação escrita ao Contratante;

d) em caso de o beneficiário deixar de enquadrar-se como dependente conforme definido na Cláusula 2. Condições de Admissão;

e) em caso de infrações ou fraudes comprovadas;

f) por solicitação formal do Contratante; e

g) a pedido formal do beneficiário Titular, na forma assegurada pela Resolução Normativa RN nº 412/2016, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atualizações.

14.2. Independentemente de manifestação do Contratante, a Contratada poderá promover a exclusão de beneficiário ou suspensão de cobertura, em consonância com os dispositivos contratuais, nas seguintes situações:

a) fraude;

b) perda do vínculo do beneficiário titular conforme previsto neste contrato, ressalvado o direito à permanência assegurado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações; ou

c) perda do enquadramento na condição de dependente, conforme previsto no contrato.

15. CUSTEIO DO PLANO

O custeio do plano de saúde poderá ser efetuado com ou sem a contribuição do beneficiário no seu pagamento, de acordo com as condições discriminadas a seguir:

15.1. Beneficiário Não Contributário

É aquele que não contribui financeiramente, de forma fixa, para o pagamento mensal do plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício com a Contratante, sendo esta última responsável pelo integral pagamento à Contratada. O beneficiário também não é considerado contributário quando houver a sua coparticipação única e exclusivamente, no valor do procedimento, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar, bem como quando custear somente o plano de seus dependentes.

15.2. Beneficiário Contributário

É aquele que contribui financeiramente para o pagamento do plano de assistência médico-hospitalar através das seguintes modalidades:

- a) pagando a integralidade ou parte dos valores mensais relativos à sua participação, inclusive com desconto em folha de pagamento; e/ou
- b) pagando a diferença entre o custo relativo à sua participação no plano, integralmente custeado pelo Contratante para o plano de saúde concedido por elas aos beneficiários, e o plano de saúde superior (*upgrade*) que o beneficiário titular tenha optado para sua participação.

15.2.1. Não faz jus ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 o beneficiário demissionário ou que tenha sido demitido por justa causa, o estagiário, o trabalhador temporário após o fim do contrato, e o administrador ao fim de mandato, na forma da referida lei.

15.2.2. Ao beneficiário contributivo aposentado cujo vínculo empregatício tenha sido de, no mínimo, 10 (dez) anos, é assegurado pelo Contratante o direito de manutenção como Beneficiário neste contrato coletivo, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto ao Contratante o pagamento integral do plano de saúde.

15.2.2.1. O beneficiário que tenha sido contributivo por período inferior a 10 (dez) anos terá assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano de saúde.

15.2.2.2. Na forma desta cláusula, consideram-se mesmas condições de cobertura assistencial a segmentação, cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os empregados ativos.

15.2.2.3. Ao beneficiário contributivo aposentado que continuar exercendo suas atividades profissionais junto ao Contratante e que venha a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário conforme previsto nos subitens 15.2.2 e 15.2.2.1, desde que manifeste sua opção pela permanência no plano de saúde no momento em que se desligar do Contratante.

15.2.2.3.1. O direito de manutenção assegurado no subitem 15.2.2.3 é garantido aos dependentes do beneficiário, caso este venha a falecer antes do exercício do previsto nos subitens 15.2.2 e 15.2.2.1.

15.2.3. Ao beneficiário contributivo, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurada pelo Contratante a manutenção de sua condição de beneficiário, no plano contratado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto ao Contratante o pagamento integral do plano de saúde.

15.2.3.1. O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como beneficiário contributivo em plano ou contrato

de assistência médico-hospitalar, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2.4. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelo beneficiário, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.2.5. O Contratante deverá considerar para cômputo do período de contribuição de seus ex-empregados, os pagamentos ocorridos a qualquer tempo, ainda que não esteja ocorrendo contribuição no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, nos termos do § 2º do art. 6º da RN nº 279/11.

15.2.5.1. Adicionalmente, serão consideradas as contribuições ocorridas em planos contratados pelo Contratante sucessivamente com mais de uma operadora, desde que a sucessão contratual tenha se dado em contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

15.2.5.2. Ainda que tenha havido migração para planos regulamentados, também deverá ser contabilizado o período de contribuição realizada pelo empregado anteriormente à adaptação ou migração.

15.2.5.3. A contribuição do beneficiário no pagamento dos valores dos planos oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício com empresas que foram submetidas a processos de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nesta cláusula, como contribuição para um único plano, ainda que ocorra a rescisão do contrato de trabalho.

15.2.6. O Contratante é responsável por:

- a) Comunicar a exclusão do beneficiário à Contratada, informando se esta ocorreu por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, destacando, ainda, se o beneficiário se enquadra no disposto no subitem 15.2.2.3;
- b) Informar à Contratada se o beneficiário faz jus à permanência no plano de saúde, em função do previsto nos subitens 15.2.2 e 15.2.3;
- c) Efetuar o controle do tempo de contribuição de seus beneficiários, informando-o à Contratada, para fins do cálculo do tempo de permanência no plano de saúde em virtude dos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; e
- d) Informar se o beneficiário optou por sua permanência no plano de saúde, entregando os documentos comprobatórios dessa opção à Contratada.

15.2.6.1. O Contratante é exclusivamente responsável e deverá ressarcir à Contratada por eventuais penalidades que esta seja submetida em razão de medidas judiciais e/ou administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos art. 30 ou 31 da Lei nº 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas à Contratada pelo Contratante.

15.2.6.2. O Contratante obriga-se a custear todos os valores despendidos pela Contratada com serviços advocatícios e custas processuais para defesa nas demandas judiciais ou extrajudiciais propostas por ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que venham a questionar os valores mensais ou reajustes.



O Contratante obriga-se, ainda, a reembolsar à Contratada todos os demais valores que eventualmente venha desembolsar em razão de tais demandas, autorizando a operadora a efetuar a cobrança dos valores correspondentes nas suas faturas.

15.2.6.3. Na hipótese de o beneficiário fazer jus ao benefício previsto nos subitens 15.2.2 e 15.2.3, será de responsabilidade do Contratante a comunicação expressa e inequívoca ao exonerado, demitido ou aposentado, no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, do seu direito à permanência no plano de saúde, informando-o ainda do prazo de 30 (trinta) dias para sua manifestação formal, caso opte pela sua permanência no plano de saúde.

15.2.6.3.1. O prazo de 30 (trinta) dias somente se inicia a partir da comunicação inequívoca de que trata o subitem 15.2.6.3, inclusive aos dependentes do aposentado que continuou trabalhando na forma do subitem 15.2.2.3.1.

15.2.6.4. A exclusão do ex-empregado que fizer jus ao benefício previsto nos subitens 15.2.2 e 15.2.3, somente será aceita pela Contratada mediante comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção de sua condição de beneficiário na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, devendo ao Contratante manter-se responsável pelo custeio de sua permanência no plano de saúde.

15.2.7. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, conforme opção do beneficiário, que poderá manter-se individualmente ou com parte de seu grupo familiar, sendo certo que somente novo cônjuge e filhos poderão ser incluídos no decurso de sua permanência, conforme prazo e condições estabelecidos no contrato.

15.2.7.1. Durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário também poderá exercer a portabilidade de carências, nos termos da legislação em vigor.

15.2.7.2. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de saúde, nos termos do disposto nesta Cláusula.

15.2.8. Os beneficiários demitidos e os aposentados que optarem por exercer seus direitos, conforme definido nesta cláusula, continuarão vinculados ao contrato mantido pelo Contratante, que será responsável pelo recolhimento à Contratada dos valores correspondentes em sua integralidade, sendo mantidos no mesmo plano em que se encontravam quando da vigência do contrato de trabalho.

15.2.8.1. O Contratante manifesta sua opção pela permanência dos empregados ativos e inativos em mesmo plano, sendo que o custo pela participação dos inativos terá a modalidade de cobrança por faixa etária, nos termos do § 2º do art. 16, da RN nº 279/11.

15.2.8.2. O valor de que trata o subitem 15.2.8.1 será reajustado, anualmente, no aniversário do contrato, e será único para o grupo de ex-empregados que possuam as mesmas condições de cobertura assistencial, em consonância com o disposto no art. 21 da RN nº 195/2009 e suas alterações.



15.2.8.2.1. Os valores a serem pagos pelos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados constam da Tabela de Valores estabelecida em documento anexo a este contrato.

15.2.8.2.2. Os valores a serem pagos pelos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados serão reajustados anualmente, no aniversário do contrato, independentemente da aplicação do reajuste por faixa etária. O índice de correção será obtido ao se comparar o custo médico-hospitalar dos beneficiários ativos e inativos do contrato em um período de 12 (doze) meses atuais, relativamente aos 12 meses anteriores, respeitadas as diferenças entre os planos contratados, e sendo mantida a obrigatoriedade de assunção do pagamento integral para fazer jus ao benefício, conforme metodologia de cálculo a seguir

Metodologia do índice do reajuste:

$$IC = \frac{\text{Custo médico-hospitalar de ativos e inativos no período 2}}{\text{Custo médico-hospitalar de ativos e inativos no período 1}}$$

CMH: Custo Médico-Hospitalar é o total das despesas assistenciais de determinado período, que é dividida pelo total de beneficiários que não estão sujeitos ao cumprimento de carência.

DA: Despesas Assistenciais: despesas com eventos assistenciais cobertos pelo plano contratado, como internações, exames, terapias, consultas e outros, com ativos e inativos.

Períodos 1 e 2: são períodos de 12 meses consecutivos, considerados para comparar o custo médico-hospitalar dos beneficiários ativos e inativos do contrato.

15.2.9. O valor correspondente à participação do inativo também estará sujeito a reajuste por mudança de faixa etária de cada beneficiário, e incidirá no mês seguinte àquele em que ocorrer o seu ingresso na idade prevista na faixa etária imediatamente superior, observadas as condições adiante:

Da Faixa Etária	Para a Faixa Etária	Reajuste Percentual
Até 18 anos	De 19 a 23 anos	18,00%
De 19 a 23 anos	De 24 a 28 anos	21,00%
De 24 a 28 anos	De 29 a 33 anos	20,00%
De 29 a 33 anos	De 34 a 38 anos	14,00%
De 34 a 38 anos	De 39 a 43 anos	3,00%
De 39 a 43 anos	De 44 a 48 anos	21,75%
De 44 a 48 anos	De 49 a 53 anos	17,62%



De 49 a 53 anos	De 54 a 58 anos	19,00%
De 54 a 58 anos	De 59 anos em diante	75,00%

15.2.9.1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

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

15.2.9.3. A Contratada disponibilizará, por intermédio do Contratante, os valores da tabela de custos por faixa etária, em atendimento ao art. 15 da RN nº 279/11.

15.2.9.4. Os valores de que trata o subitem 15.2.9.3 serão disponibilizados no site do Contratada, em área restrita ao ele e aos beneficiários, devidamente atualizados, sendo de responsabilidade do Contratante apresentá-los aos beneficiários, inclusive àqueles recém-admitidos, no momento em que forem cadastrados no plano vinculado a este contrato.

15.2.10. Na eventualidade de o Contratante solicitar apoio operacional da Contratada para a emissão de boletos, esta poderá realizar a cobrança do valor mensal relativo à sua participação diretamente aos beneficiários demitidos e aposentados, desde que por conta e ordem do Contratante. Nesta hipótese, os valores pagos pelos beneficiários serão abatidos na fatura emitida pela Contratada.

15.2.10.1. Mesmo na situação de que trata o subitem 15.2.10, é certo que os beneficiários continuarão vinculados a este contrato, do tipo coletivo empresarial, mantida pelo Contratante.

15.2.10.2. É responsabilidade do Contratante explicitar aos beneficiários inscritos no plano a sistemática de que trata o subitem 15.2.8.1, quanto à modalidade de cobrança dos valores mensais, nos termos do § 2º do art. 16, da RN nº 279/11. Para tanto, poderá utilizar as informações disponibilizadas pela Contratada conforme subitem 15.2.9.4.

15.3. O cancelamento do plano de saúde dos aposentados e dos empregados demitidos sem justa causa que exercerem seus direitos de permanência no plano ocorrerá pelo decurso do prazo do benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, ou, antes disso, caso ocorra uma das seguintes hipóteses:

- a) se o ex-empregado (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, considerando-se como tal o estabelecimento de novo vínculo profissional que possibilite seu ingresso em plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;



- b) se o ex-empregado (demitido ou aposentado) deixar de pagar o valor mensal correspondente à sua manutenção no plano por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do contrato; ou
- c) por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do plano de saúde, mediante apresentação de prova pela Contratada e comunicação escrita ao Contratante;
- d) em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- e) por solicitação formal do beneficiário ao Contratante, mediante comunicação deste à Contratada; ou
- f) se o contrato de plano de saúde for cancelado.

15.3.1. Em caso de cancelamento do grupo de empregados ativos, o grupo dos inativos e/ou exonerados, se houver, também será automaticamente cancelado.

15.4. Caso o contrato seja integralmente cancelado e o Contratante opte por não contratar novo plano de assistência médica e hospitalar ou seguro-saúde com outra operadora, resultando na extinção do benefício de assistência à saúde oferecido por ela aos beneficiários titulares e seus dependentes, será facultado a estes, desde que inscritos até a data do cancelamento, a contratação de plano de saúde individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência. Para tanto deverão ser respeitadas as seguintes condições, cumulativamente:

- a) a operadora esteja comercializando plano de saúde individual ou familiar na data do cancelamento do contrato; e
- b) a opção pela contratação do plano de saúde individual ou familiar se dê em até 30 (trinta) dias do cancelamento do contrato.

16. RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

16.1. O Contratante se compromete a encaminhar aos beneficiários titulares os seguintes documentos, entregues pela Contratada:

- a) **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);**
- b) **Cartão de Identificação do beneficiário e o Guia de Leitura Contratual (GLC);**
- c) **Cópia deste contrato, sempre que solicitado pelo beneficiário titular, que conterá, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual, cujas informações se restrinjam ao plano ao qual o beneficiário está vinculado.**

16.1.1. O Manual de que trata a alínea “a” e o Guia de Leitura Contratual poderão ser entregues pelo Contratante em material impresso ou mídia digital, à escolha do beneficiário titular. Serão disponibilizados pela Contratada e devem ser seguidos, em sua íntegra, incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).

16.2. Será de responsabilidade do Contratante, além de outras estabelecidas neste contrato e na legislação:

- a) controlar, exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos beneficiários, nos termos deste contrato;**
- b) prestar todas as informações solicitadas pela Contratada, especialmente quanto aos dados cadastrais dos beneficiários incluídos neste contrato, sejam titulares ou dependentes, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados para fins de cumprimento ao disposto na Lei nº 9.613, de 03.03.1998, que dispõe sobre a “Lavagem de Dinheiro” mantendo estas informações sempre completas e atualizadas, informando quaisquer alterações ocorridas;**
- c) solicitar a exclusão de beneficiários e suspensão da cobertura;**
- d) cobrar e receber qualquer importância em face dos beneficiários, a todo e qualquer título; e**
- e) encaminhar ao beneficiário e receber por parte deste, bem como enviar tempestivamente, à Contratada, o formulário a ser preenchido pelo beneficiário, para que seja apresentada no prazo devido, a impugnação de pedidos de ressarcimento ao SUS.**

16.3. Independentemente de manifestação do Contratante, a Contratada poderá promover a exclusão de beneficiários ou a suspensão de cobertura, em consonância com os dispositivos contratuais, nas seguintes situações:

- a) fraude;**
- b) perda do vínculo do beneficiário titular conforme previsto no contrato, ressalvado o direito à permanência assegurado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações; ou**
- c) perda do enquadramento na condição de dependente, conforme previsto neste contrato.**

16.4. O Contratante deverá fornecer as informações e os dados necessários ao início da prestação dos serviços no *layout* indicado pela Contratada, com o prazo de antecedência de 30 (trinta) dias da data de início de vigência deste contrato, para que os Cartões de Identificação dos beneficiários possam ser emitidos e entregues até a referida data.

16.5. É obrigação do Contratante, no caso de exclusão de beneficiários, recolher e inutilizar o cartão de identificação fornecido pela Contratada. Havendo qualquer evento associado a essa via do cartão de identificação, o Contratante autoriza, desde já, a Contratada a debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente ao serviço prestado em tal caso.

16.6. Ocorrendo a perda ou o extravio do Cartão de Identificação, o Contratante obriga-se a comunicar, de imediato, o fato à Contratada, por escrito, sendo responsável perante esta por qualquer evento associado aquela via do cartão de

identificação e lhe será cobrada uma taxa correspondente à emissão da 2ª via, conforme previsto na proposta.

17. CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

17.1. Nenhuma das partes poderá ceder ou transferir o contrato ou qualquer obrigação ou direitos nele previstos, no todo ou em parte, a terceiros. Tal cessão ou transferência, todavia, será admitida mediante prévia e expressa concordância, por escrito, da outra parte.

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. **O Contratante e os beneficiários assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na proposta e nos documentos de inclusão, sob risco de rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário e de seu grupo familiar, se houver, do contrato.**

18.2. A Contratada poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de documentação que permita a comprovação de vínculo contratualmente estabelecido, bem como se houve alteração do grupo elegível.

18.3. **A não prestação das informações corretas relativamente a exclusões, inclusões e alterações de beneficiários, ou quaisquer outras de responsabilidade do Contratante sob o contrato, desonera completamente a Contratada de quaisquer ônus delas decorrentes, arcando o Contratante, integralmente, com os custos e despesas eventualmente suportados pela Contratada.**

18.4. O Contratante deverá fornecer as informações e os dados necessários ao início de vigência do contrato, no *layout* indicado pela Contratada, com o prazo de antecedência de 30 (trinta) dias do seu início de vigência, para que os Cartões de Identificação possam ser emitidos e entregues até a referida data.

18.5. A Operadora, mediante expressa autorização do beneficiário/paciente, poderá consultar entidades de direito público e privado, pessoas físicas e jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a saúde dos beneficiários.

18.6. O material explicativo intitulado Manual do Beneficiário, fornecido pela Contratada ao Contratante para distribuição aos beneficiários titulares incluídos no grupo elegível, contém esclarecimentos sobre providências que devem ser tomadas em caso de necessidade de recorrer às coberturas deste contrato, inclusive no que se refere à rotina para obtenção de autorização (senha) para a realização de procedimentos que necessitam de autorização prévia. No que diz respeito a direitos e

obrigações relacionados no Manual do Beneficiário, prevalecem as disposições constantes neste contrato.

18.7. A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos neste contrato, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e tão somente como ato de tolerância.

18.8. As informações de natureza médica a que a Contratada venha a ter acesso, em razão da assistência médico-hospitalar prestada por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios aos beneficiários cobertos pelo plano contratado, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo médico, e o fluxo dessas informações observará, ainda, a forma prevista na legislação em vigor.

18.9. Integram o presente contrato os seguintes documentos:

- a) Proposta;
- b) Declaração de Saúde, se houver;
- c) Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares;
- d) Manual do Beneficiário;
- e) Guia de Leitura Contratual (GLC); e
- f) Outros documentos entregues ao beneficiário relativos ao seu plano de saúde.

18.9.1. Considerando que os documentos mencionados neste item podem não conter a integralidade, limites e condições contratuais, em caso de divergência de redação, prevalecerá o disposto neste contrato.

19. TABELA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

I - DIÁRIAS E TAXAS DIVERSAS

1 - DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO

ESPECIFICAÇÕES

Acomodação em quarto coletivo (enfermaria)

Acomodação em quarto individual, com banheiro privativo

*Diária global para tratamento psiquiátrico em enfermaria

*Diária global para tratamento psiquiátrico em quarto

Unidade intermediária

Unidade de terapia intensiva (UTI)

Acompanhante, incluindo café da manhã

Berçário para recém-nascido, durante a permanência da mãe

Berçário para recém-nascido, após a alta da mãe

UTI neonatal



- Observações:
- A primeira diária é indivisível a partir das 10h.
- A qualquer hora em que ocorrer a internação hospitalar, será cobrada diária inteira, sendo válida até às 10h do dia seguinte.
- Ultrapassando o período limite de cobertura previsto nas Condições Gerais, será reembolsado 50% do valor da diária global para o referido tratamento.

*Na diária global para tratamento psiquiátrico, estão incluídas todas as despesas que se referem a uma internação hospitalar (honorários médicos, materiais, taxas hospitalares, medicamentos etc.).

2 - TAXAS DIVERSAS

ESPECIFICAÇÕES

Aspiração, diária, indivisível

Cardioversão

Equipamento para circulação extracorpórea

Esterilização

Injeção intramuscular

Injeção endovenosa

Injeção de respirador

Bird

Instalação de respirador volumétrico

Instalação do soro - hidratação venosa

Internação

Isolamento

Monitor cardíaco no centro cirúrgico (até porte 4)

Monitor cardíaco no centro cirúrgico (acima de porte 4)

Monitor cardíaco no leito (cobrança não válida para UTI, intermediária e coronariana)

Nebulização por sessão

Preparo de alimentação enteral, por sessão

Preparo de alimentação parenteral, por sessão

Repouso no pronto-socorro (se até 6 horas)

Tração transesquelética (diária)

Tricotomia

Unidade de anestesia geral

Uso de aspirador no centro cirúrgico e no leito

Taxa de equipamento de vídeo para diagnóstico

Taxa de equipamento de vídeo para cirurgia

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715



Taxa de equipamento de laser

Taxa de Gama Probe

Taxa de equipamento de vídeo para artroscopia

3 - OUTRAS TAXAS (PERCENTUAL APLICADO SOBRE O VALOR LIMITE DO PLANO POSSUÍDO)

ESPECIFICAÇÕES

Administração

Anestesia

Assepsia

Enfermagem

Instrumentação

Recuperação pós-anestesia

II - TAXAS DE SALA (cirurgia e de serviços ambulatoriais)

ESPECIFICAÇÕES

Porte 0 (para sala de gesso, serviços ambulatoriais e pacientes internados)

Porte 1

Porte 2

Porte 3

Porte 4

Porte 5

Porte 6

Porte 7

III - TAXA DE BERÇÁRIO

ESPECIFICAÇÕES

Berçário aquecido (hora)

Curativo durante permanência materna

Fototerapia, diária, indivisível

Incubadora, sem valor do oxigênio, até 4h

Incubadora, sem valor do oxigênio, até 12h

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715

Incubadora, sem valor de oxigênio, após 12h, diária

IV - ALUGUÉIS

ESPECIFICAÇÕES

Artroscópico
Bisturi elétrico
Bisturi elétrico bipolar
Bomba infusora, diária, indivisível
Colchão d'água, diária, indivisível
Instrumental cirúrgico
Laparoscópico, endoscópio
Microscópio cirúrgico
Microscópio cirúrgico com fibra ótica
Monitor cardíaco (diária) - UTI
Monitor de pressão intracraniana com *transucer* de fibra ótica
Perfurador elétrico, só para cirurgia de crânio
Respirador (*Bird, Takaoka* e outros) sem oxigênio, ar comprimido (diária)
Respirador volumétrico (diária)
Serra de gesso, só para a retirada de gesso não colocado no hospital
Bandeja de anestesia (peridural, raquidiana, plexos e outros bloqueios)
Bandeja de assepsia (cobrança válida somente para centro cirúrgico)
Bandeja de cateterismo vesical
Bandeja de parada cardíaca (cobrança não válida para unidade de internação e unidade coronariana)
Bandeja de pequena cirurgia (porte 2 ou maior, fora do centro cirúrgico)
Bandeja de pequena cirurgia (de 0 e 1, fora do centro cirúrgico)
Bandeja de punção (articular, pleural e abdominal)
Bandeja de punção lombar
Bandeja de punção subclávia

V - CURATIVOS

ESPECIFICAÇÕES

Pequeno ou oftálmico
Médio
Grande
Escoriada ou queimada (1 ou 3 UT*)
Escoriada ou queimada (mais de 3 UT*)

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715



UT*(unidade topográfica) = segmento do corpo facilmente delimitável que tem área aproximada de 9% da superfície corporal.

VI – REMOÇÕES

TIPO DE AMBULÂNCIA	ESPECIFICAÇÃO
COMUM	Taxa inicial
	km rodado
	Taxa de espera p/hora (indivisível)
UTI	Taxa inicial
	km rodado
	Taxa de espera p/hora (indivisível)

Importante: HM (ambulância normal ou UTI) = 420 CR, independentes da KM, e acréscimo conforme fator de reembolso.

VII - OUTROS SERVIÇOS (Limite Independente do Plano)

ESPECIFICAÇÃO (HOSPITAIS CREDENCIADOS)

Aparelhos gessados

Exames radiológicos e USG

Medicamentos

Exames de laboratório e anatomia patológica, honorários médicos, materiais descartáveis, serviço de apoio de diagnóstico e tratamento (SADT)

*SBOT- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

*Bradesco/CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia

*Brasíndice/D.O. - Guia Farmacêutico Diário Oficial



20. DEFINIÇÕES

20.1. Acidente Pessoal

É todo evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessária a internação hospitalar do beneficiário ou o seu tratamento em regime ambulatorial.

20.2. Acidente de Trabalho

É o evento que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço do Contratante, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, conforme previsto no artigo 19 da Lei nº 8.213 de 24/07/1991, sendo de exclusiva responsabilidade do empregador, o registro do acidente e a regularização da situação do beneficiário junto aos órgãos competentes, conforme previsto na legislação.

20.3. Beneficiários

20.3.1 Beneficiário Titular

Pessoas adiante listadas que, comprovadamente mantenham relação com o Contratante, conforme definido no item 20.20 (Grupo Elegível), desde que previsto na proposta de contratação.

- a) empregado;
- b) sócios com poderes de gestão;
- c) administradores;
- d) diretores estatutários;
- e) diretores com vínculo empregatício;
- f) trabalhadores temporários; e
- g) estagiários e menores aprendizes.

20.3.2 Beneficiário Dependente

Pessoas adiante listadas que, comprovadamente, mantenham as seguintes relações com o beneficiário titular e desde que não conflitem com a legislação vigente à época da contratação:

- a) cônjuge;
- b) companheiro (a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 24 (vinte e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; e
- d) filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular.

20.4. Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do beneficiário, durante o qual não poderá usufruir das coberturas garantidas por este plano, até que cumpridos os prazos previsto na Cláusula 6. Períodos de Carência, deste contrato.

20.5. Cartão de Identificação

É o cartão, emitido pela Contratada para a utilização individual e personalizada do beneficiário, a fim de identificá-lo junto à Rede Referenciada, facilitando o atendimento e dispensando-o do pagamento imediato dos serviços cobertos pelo plano, quando o evento estiver perfeitamente caracterizado. Nos atendimentos na Rede Referenciada, o Cartão de Identificação deverá ser apresentado juntamente com o seu documento de identidade ou o do seu responsável, se este for menor de idade.

20.6. Cobertura Parcial Temporária (CPT)

É o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do beneficiário, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistente, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
- b) Internação em leitos de alta tecnologia; e
- c) Eventos cirúrgicos.

20.6.1. Em qualquer dos casos descritos neste item, o atendimento deve estar relacionado a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente a beneficiário ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

20.7 Coeficiente de Reembolso (CR)

É a unidade expressa em moeda corrente, que serve como base para determinar os limites de reembolso das despesas médicas (CR-DM) ou das despesas de natureza hospitalar (CR-DH). Ambos serão considerados no cálculo do limite de reembolso.

20.8. Contratante

É a pessoa jurídica que contrata a cobertura assistencial de um plano de saúde, para a população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária, mediante solicitação e desde que aprovado pela Contratada. Poderão figurar como Contratantes as pessoas jurídicas que se reúnam para firmar este contrato, nos termos do art. 23 da Resolução Normativa – RN nº 195, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



20.8.1. O Contratante fica investida dos poderes de representação dos beneficiários perante a Contratada, devendo-lhe encaminhar todas as comunicações e avisos pertinentes ao contrato, bem como propor à Contratada a inclusão e exclusão de beneficiários.

20.9. Contrato

É o conjunto de documentos formado por: Propostas, Contrato de Prestação de Serviços em Administração de Planos de Saúde na Modalidade de Pós-Pagamento (sistema de Rateio) - Cobertura de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar, Ambulatorial e Obstétrica e seus anexos e Aditamentos emitidos na contratação e no decorrer da vigência do contrato firmado entre a Contratada e o Contratante.

20.10. Coparticipação

É a participação financeira do beneficiário na despesa assistencial, após a realização do procedimento.

20.10.1. Os valores e/ou percentuais poderão ser estabelecidos no ato da contratação ou durante a vigência do contrato e estarão determinados em Condição Particular.

20.10.2. Caso haja coparticipação em internação, esta será fixada em valor por evento. Para internação não haverá coparticipação em percentual, ressalvados os casos de saúde mental, conforme previsto no subitem 3.2.2.2.1.

20.10.3. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente à época da contratação/evento.

20.11. Corretor

O corretor, pessoa física ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de planos de saúde entre a Contratada e o Contratante, escolhido por este último, sendo-lhe vedado manter relação de emprego ou de direção com sociedade, conforme definido na Lei nº 4.594, de 29/12/1964, e no Decreto-Lei nº 73, de 21/11/1966.

20.12. Declaração de Saúde

É o documento formal e legal, preenchido e assinado pelo beneficiário titular, sem rasuras, contendo informações sobre suas condições de saúde, bem como as de seus dependentes.

20.13. Despesas Extraordinárias

São todas as despesas administrativas incorridas pela Contratada para a prestação dos serviços objeto deste contrato, que não estejam diretamente relacionadas a eventos considerados como "sinistros".

20.14. Despesas Assistenciais

São todas as despesas incorridas pela Contratada para viabilizar a utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários, relacionadas à assistência à saúde a serem dadas pelo Contratante aos seus beneficiários ("sinistros").

20.15. Doença ou Lesão Preexistente

É aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162 ou ato que vier a substituí-la.

20.16. Emergência

Considera-se emergência, exclusivamente, a situação causada por evento que caracterize risco imediato de vida ou de lesão irreparável do beneficiário, conforme declaração de seu médico assistente.

20.17. Evento

É a ocorrência de natureza aleatória capaz de, por si só e independentemente da vontade do beneficiário, causar-lhe, ou a qualquer dos dependentes incluídos no contrato, lesão ou doença que implique a necessidade de um ou mais atendimentos médico-hospitalares, com consequentes prejuízos econômicos ao beneficiário, também conhecida como sinistro.

20.18. Exame Médico para Avaliação de Risco

É o exame realizado pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), antes da contratação do plano, quando solicitado pela Contratada, a fim de constatar a existência de doença ou lesão preexistente que possa gerar necessidade de utilização dos procedimentos sujeitos à Cobertura Parcial Temporária (CPT).

20.19. Ficha de Inclusão

É o documento legal, devidamente preenchido, com as informações pertinentes ao grupo familiar de cada um dos beneficiários titulares a serem incluídos no plano contratado.

A critério do Contratante, e com a concordância da Contratada, as informações poderão ser transmitidas por meio de arquivo eletrônico, sem prejuízo do disposto nos parágrafos seguintes.

As informações deverão ser completas e verdadeiras, de forma a permitir o seu correto cadastramento na base de dados na Contratada

É fundamental que as informações sobre a idade do beneficiário titular e de seus dependentes sejam exatas. O Contratante fica sujeito às sanções legais nos casos de dolo, em conformidade com o art. 766 do Código Civil Brasileiro.

20.20 Grupo Elegível

É o conjunto de pessoas que mantêm vínculo de natureza empregatícia ou estatutária devidamente comprovado com o Contratante e definido na proposta. Também poderão enquadrar-se neste grupo os dependentes destas pessoas, assim considerados aqueles definidos no subitem 20.3.2.

20.20.1. A composição e a inclusão dos integrantes do grupo elegível obedecerão às regras a seguir definidas:

- a) o grupo elegível deve ser constituído por, no mínimo, 200 (duzentas) vidas, dentre as que se enquadrem na definição de beneficiário titular e beneficiário dependente;
- b) o grupo elegível deve estar devidamente caracterizado na proposta; e
- c) não será admitida a inclusão de qualquer pessoa, como titular ou dependente, que não faça parte do grupo elegível definido na proposta.

20.20.2. As regras determinadas única e exclusivamente pelo Contratante, para a constituição de seu grupo elegível a serem informados à Contratada, não podem conflitar com o que está previsto no art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 195.

20.20.3. O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular e deverá ocorrer no mesmo plano.

20.21. Hospital-Dia

Trata-se de regime mediante o qual o paciente comparece ao hospital, periodicamente, durante no máximo 12 (doze) horas por dia, para a realização de sessões de tratamento específico, após as quais sempre retorna ao domicílio, nunca pernoitando.

20.22. Internação Hospitalar

Motivada por evento que, por sua gravidade ou complexidade, exija tratamento clínico ou cirúrgico, é considerada:

- a) de urgência ou de emergência; ou
- b) eletiva ou programada, se o evento que a motivou não tiver sido de urgência ou emergência.

20.23. Limite de Reembolso

É o limite monetário com o qual a Contratada se compromete a ressarcir o beneficiário, pela realização de procedimentos, de acordo com as coberturas contratadas.

20.24. Lista de Referenciados

É a relação dos prestadores de serviços médico-hospitalares, de diversas especialidades (médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, entre outros), que integram a rede referenciada do produto contratado pela Contratante. Essa lista pode ser consultada pela Internet, no site www.bradescoseguros.com.br.

20.25. Médico Assistente

É o profissional, escolhido pelo beneficiário ou seu representante legal, responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada, podendo pertencer ou não à rede referenciada.

20.26. Múltiplos de Reembolso

São os fatores estabelecidos na Tabela de Produtos constante do Anexo ao contrato e considerados no cálculo do limite de reembolso, conforme o plano contratado.

20.27. Preço Pós-Estabelecido na forma de Rateio

É o sistema de pagamento pela cobertura assistencial contratada, efetuado após a realização das correspondentes despesas, segundo o qual a Contratada repassa ao Contratante o valor total de tais despesas com a operação do referido plano.

20.28. Prestador

Corresponde a cada um dos estabelecimentos e/ou profissionais integrantes ou não da Rede Referenciada, que prestarão os serviços de saúde aos beneficiários.

20.29. Proposta

É o documento formal e legal, preenchido pelo Contratante e entregue à Contratada juntamente aos documentos de inclusão de seu grupo elegível, com as informações pertinentes aos participantes do contrato.

Caso as declarações assinadas pelo Contratante, ou por seu representante legal, estejam incompletas ou inexatas, assim influenciando na aceitação do risco e na obtenção do valor da taxa correspondente à sua participação, ocorrerá o cancelamento do contrato, conforme prevê a Cláusula 13, Suspensão e Rescisão do Contrato, deste documento. A proposta integra este contrato.

20.30. Rede Referenciada

É a rede elaborada pela Contratada para a prestação do atendimento médico, ambulatorial e hospitalar aos seus beneficiários, composta de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e prontos-socorros, cujos serviços são diretamente remunerados pela Contratada, por conta e ordem do beneficiário, desde que caracterizada a cobertura contratual no plano em que estiver incluído e para o evento objeto da prestação de serviços pretendida.

20.31. Tabelas da Contratada

a) Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (THSM)

É a tabela que define os valores de referência para os procedimentos médicos, cuja cobertura deve obedecer ao disposto neste contrato.

A cada procedimento da tabela é atribuída uma quantidade de CR-DM.

20.31.1. Esta tabela é parte integrante do contrato e encontra-se registrada e disponível na sede da Contratada e na sede da Contratante para consulta dos beneficiários.

b) Tabela de Serviços Hospitalares (TSH)

É a tabela que define as quantidades de CR-DH, para fins de reembolso das despesas hospitalares (diárias, taxas diversas, aluguéis de equipamentos, curativos, remoções, etc.) e que está na Cláusula 19. Tabela de Serviços Hospitalares, deste contrato.

20.31.2. A quantidade de CR definida em ambas as tabelas é um dos fatores considerados no cálculo do limite de reembolso.

20.32 Taxas

20.32.1. Taxa de Administração

É a remuneração a ser paga pelo Contratante à Contratada, em decorrência da prestação dos serviços objeto deste contrato.

20.32.2. Taxa de Manutenção de Cadastro de Beneficiários

É o valor per capita fixado em moeda corrente nacional que compreende as despesas relacionadas à Taxa de Saúde Suplementar (TSS) e à gestão das informações cadastrais de beneficiários.

20.32.3. Taxa Mínima de Administração

É o valor correspondente à remuneração mínima, cujo pagamento deve ser necessariamente feito pelo Contratante à Contratada, independentemente do número de beneficiários que forem beneficiados pelos planos de saúde, conforme disposto neste contrato, na Cláusula 11, Formação do Preço.

20.32.4. Taxa de Implantação

É a remuneração a ser paga pelo Contratante à Contratada, em decorrência de todas as providências a serem tomadas por esta última para a implantação dos beneficiários no plano de saúde contratado.

20.32.5. Taxa de Inclusão

É a remuneração a ser paga pelo Contratante à Contratada, em decorrência de todas as providências a serem tomadas por esta última para a inclusão dos novos beneficiários no plano de saúde contratado.

20.33. Urgência

Considera-se urgência, exclusivamente, a situação causada por evento resultante de acidente pessoal (aqueles provocados por agentes externos ao corpo humano, de modo súbito ou involuntário, em data específica, não decorrente de problemas de saúde) ou de complicação no processo gestacional (alterações patológicas durante a gestação).

21. ELEIÇÃO DE FORO

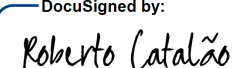
21.1. As partes elegem o foro do domicílio da Contratante, em caso de litígio judicial.

Barueri, 01 de JUNHO_ de 2020.

Manoel Antonio Peres Diretor-Presidente BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A.	Flávio Bitter Diretor Gerente BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A.
---	---

DocuSigned by:

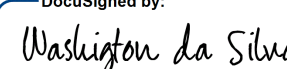
4A11DD72C02740F...

DocuSigned by:

D02704EB878049F...

ASSINATURA DO CONTRATANTE SOB CARIMBO

DocuSigned by:

34597B8990FA41E...

DocuSigned by:

241EA8918BDC4A0...

Operadora: Bradesco Saúde Operadora de Planos S.A.

CNPJ: 15.011.651/0001-54

ANS: 421715

Nº de registro do produto: vide Anexo

Site: www.bradescosaudaude.com.br

Central de Relacionamento com o Cliente (CRC):

Guia de Leitura Contratual

Página do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	2
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	2
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Anexo
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de	Anexo
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação	5

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715

EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	12
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	15
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os	15
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	28
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	15
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	32
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	32

**CONTINUIDADE
NO PLANO
COLETIVO
EMPRESARIAL
(ART. 30 E 31 DA
LEI Nº
9.656/1998)**

A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

36

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656). **ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO**



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Operadora: Bradesco Saúde Operadora de Planos S.A.
CNPJ: 15.011.651/0001-54
ANS: 421715
Nº de registro do produto: vide Anexo
Site: www.bradescosauda.com.br
Central de Relacionamento com o Cliente (CRC):
4004 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 701 2700 (Demais Localidades)

Este **Guia de Leitura Contratual** refere-se ao Contrato de Prestação de Serviços em Administração de Planos de Saúde na Modalidade Pós-Pagamento - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia e aos produtos a ela vinculados, descritos na tabela a seguir:

Registro ANS	Nome Comercial na ANS	Padrão de Acomodação	Fator Moderador
484216192	BSaúde Operadora Top Nacional 2 SPPECE copart R1	Coletivo	Sim
483147191	BSaúde Operadora Referência Nacional 2 SPP E CE R	Coletivo	Não
484218199	BSaúde Operadora Top Nacional 2 SPP Q CE copart R1	Individual	Sim
484215194	BSaúde Operadora Top NPlus SPP Q CE R1	Individual	Não
484214196	BSaúde Operadora Top NPlus SPP Q CE copart R1	Individual	Sim

V3_26.05.2020

1ª via Contratante e 2ª via Bradesco Saúde

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.

Ouvidoria: 0800 701 7000. SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 701 2708

ANS - nº 421715