

**TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE  
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE PORTO FERREIRA**

NOME COMERCIAL DO PRODUTO: **DBC MASTER EMPRESARIAL**

NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: **456.536/07-3**

TIPO DE CONTRATAÇÃO: **coletivo empresarial**

SEGMENTAÇÃO DA COBERTURA: **A+H+OB**

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: **Municipal**

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: **coletivo**

FORMAÇÃO DO PREÇO: **pré-pagamento**

A **ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE PORTO FERREIRA**, com sede neste município ....., inscrita na CNPJ sob nº....., tendo firmado contrato de plano de saúde empresarial com a operadora Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira, entidade privada com fins filantrópicos, com sede à Rua Dr. Carlindo Valeriani, número 337, Centro, nesta cidade de Porto Ferreira, CEP 13.660-000, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob nº 55.189.930/0001-27, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sob o número 01275, operadora privada de planos de saúde classificada como Filantropia, devidamente registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob no. 32935-5 para disponibilização às empresas associadas para acesso aos seus funcionários e dependentes, mediante livre adesão destas empresas, com as seguintes condições:

---

**EMPRESA ASSOCIADA:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_ **ASSOCIADA DESDE:** \_\_/\_\_/\_\_

**DATA DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE:** \_\_/\_\_/\_\_

### **I – OBJETO DO TERMO DE ADESÃO**

1. O objeto do termo de adesão é a participação da EMPRESA ASSOCIADA no plano de saúde contratado pela ACEPF com a Dona Balbina Clínicas, disponibilizando o seu acesso aos funcionários e respectivos dependentes da EMPRESA ASSOCIADA, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98.

### **CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DOS BENEFICIÁRIOS**

2. É obrigatória a caracterização do vínculo empregatício com a EMPRESA ASSOCIADA, como critério para a adesão do beneficiário titular ao plano de saúde mediante a comprovação em carteira de trabalho ou de sócio ou diretor conforme constatação no instrumento de constituição da EMPRESA ASSOCIADA perante a ACEPF que deverá encaminhar à operadora DONA BALBINA CLÍNICAS toda a documentação.

2.1 Somente poderão participar do plano de saúde na condição de titulares, os beneficiários com vínculo empregatício ativo com a EMPRESA ASSOCIADA, permitida a permanência dos inativos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, na condição de desempregados ou aposentados.

2.3 A **EMPRESA ASSOCIADA** obriga-se a fornecer à ACEPF, no ato da adesão dos beneficiários, documentos comprobatórios de seu quadro de funcionários.

2.4 Somente serão considerados dependentes dos beneficiários, os respectivos cônjuges ou companheiros, filhos, enteados, tutelados solteiros menores de 18 anos e filhos ou curatelados inválidos de qualquer idade, bem como o(s) recém-nascido(s) filho(s) de seus dependentes.

2.5 Para ser considerado companheiro, é obrigatória a apresentação de declaração escrita de união estável firmada por ambos os companheiros e duas testemunhas que confirmem o fato com firma reconhecida de todas as assinaturas.

2.6 Continuarão sendo considerados dependentes, os filhos solteiros que estiverem cursando o nível de graduação até a idade limite de 24 (vinte e quatro) anos.

2.7 Ao atingir a maioridade, ou, quando perderem a condição de dependente por limite de idade, os filhos já inscritos no plano poderão optar pela sua continuidade, na condição de agregados, mediante solicitação expressa, antes que se efetive a sua exclusão.

2.8 Também será, excepcionalmente, admitida a inclusão de agregados (somente pai e mãe do titular) quando o beneficiário titular não inscrever nenhum dependente.

2.9 A adesão do titular ou de seus dependentes deverá ser feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do TERMO DE ADESÃO ou da data de vinculação do titular à EMPRESA ASSOCIADA para o não cumprimento das carências previstas.

2.10 Para o início da vigência e sempre que for solicitada uma nova inclusão, a EMPRESA ASSOCIADA deverá encaminhar à ACEPF os documentos comprovando a relação de vinculação à pessoa jurídica para os titulares e a de dependência dos beneficiários.

### **CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3. Os beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde terão direito ao atendimento médico-hospitalar e ambulatorial a ser efetuadas em rede próprias ou credenciadas da DONA BALBINA CLÍNICAS. O atendimento acima referido será efetuado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à

---

época do evento e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

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

3.2 Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.3 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.4 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.5 As ações de planejamento familiar envolvem as atividades educacionais, aconselhamento e atendimento clínico previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal.

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

### **3.7 DA COBERTURA AMBULATORIAL**

a) Procedimentos realizados em consultório ou ambulatório (definidos e listados no Rol de procedimentos da ANS);

b) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas credenciadas pela DONA BALBINA CLÍNICAS, inclusive obstétricas para pré-natal, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

---

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

d) Psicoterapia **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização**, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

e) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos da ANS, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

### **3.8 DA COBERTURA HOSPITALAR**

INTERNAÇÕES HOSPITALARES em enfermaria, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, com a cobertura do rol de procedimentos vigentes e suas posteriores atualizações. Em caso de internação hospitalar estão incluídos:

---

a) Havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, está garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

b) Atendimento de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

c) Atendimento de serviços médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no presente Contrato;

e) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

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

g) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com a utilização de todos os meios, técnicas necessárias e disponíveis, para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

h) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

i) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exa-

---

mes complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

j) realização de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente;

k) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações e radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física;

3.9 TRANSPLANTES: Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, encontrando-se incluídas neste atendimento todas as despesas necessárias à realização do transplante e as com procedimentos vinculados, quando couber, tais como:

- despesas assistenciais com doadores vivos,
- medicamentos utilizados durante a internação,
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção,
- despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

3.9.10 Os usuários, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos -

---

CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

3.10 TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: se fará mediante atendimento a tratamentos hospitalares por ano de vigência do contrato:

a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, **com co-participação do Beneficiário de 50% (Cinquenta por Cento);**

**3.10.1 – Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.**

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

### 3.11 DA COBERTURA OBSTÉTRICA

Os beneficiários terão direito, à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da CONTRATADA, Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) EMPRESA ASSOCIADA tenha incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

## **CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4. Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência médico-hospitalar, os tratamentos/despesas decorrentes de:

---

- a) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- c) tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) inseminação artificial;
- f) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- g) atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
- h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- k) tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos;
- l) transplantes, exceto de rins ou córneas e os transplantes autólogos e heterólogos de medula óssea;
- m) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e as despesas com a estrutura hospitalar necessária à execução de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico, necessitem de internação;
- n) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) aplicação de vacinas;
- p) serviços de enfermagem em caráter particular; e
- q) procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

## **V - DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO**

5. O presente Termo terá prazo de duração inicial obrigatório de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura pelo (a) EMPRESA ASSOCIADA.

5.1 Caso não haja manifestação expressa da EMPRESA ASSOCIADA com 60 (sessenta) dias antes do seu término e, desde que as faturas estejam em dia, a vigência se renovará, após o período mínimo obrigatório, por prazo indeterminado, sem que caiba a cobrança de qualquer taxa de renovação.

5.2 Somente poderá aderir ao plano de saúde, a EMPRESA ASSOCIADA que comprove o vínculo associativo com a ACEPF há mais de 30 dias.

## VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6. Não haverá exigência do cumprimento de carências às EMPRESAS ASSOCIADAS com número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, exceto nos casos abaixo estabelecidos, situação em que o beneficiário deverá cumprir os seguintes prazos de carência:

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>CARÊNCIAS</b>	<b>REDUZIDAS</b>
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24 HORAS	00
CONSULTAS MÉDICAS	30 DIAS	00
EXAMES SIMPLES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	60 DIAS	00
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS E FISIOTERAPIA	90 DIAS	90 DIAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	180 DIAS	180 DIAS
EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, TOMOGRAFIA, COMPUTADORIZADA, ANGIOGRAFIA, CINTILOGRAFIA E DEMAIS EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE.	180 DIAS	180 DIAS
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	180 DIAS	180 DIAS
SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, ACUPUNTURA, ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E TERAPIA OCUPACIONAL.	180 DIAS	180 DIAS
PARTOS A TERMO	300 DIAS	300 DIAS

6.1 Também será obrigatório o cumprimento de carência sempre que o beneficiário (titular ou dependente) fizer a adesão fora do prazo estabelecido para cada caso (30 dias após a vinculação da EMPRESA ASSOCIADA a ACEPF, 30 dias após a admissão do titular na EMPRESA ASSOCIADA ou 30 dias após o nascimento ou adoção de dependentes e 30 dias após o casamento).

6.2 A contagem da carência terá início a partir do ingresso de cada beneficiário no plano de saúde.

## **VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7. Doenças e lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano.

7.1 No momento da adesão, o beneficiário poderá escolher um médico pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus, para orientá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da DONA BALBINA CLÍNICAS, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.2 A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora em conformidade com as normas definidas pela ANS e vigentes à época da contratação ou adesão contratual, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

7.3 Realizado, por solicitação da operadora, qualquer tipo de exame ou perícia na ocasião da entrevista qualificada, fica proibida a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP).

7.4 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário titular optará pela cobertura parcial temporária (CPT) de referida doença ou lesão, como alternativa ao não oferecimento da cobertura integral.

---

7.5 Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária (CPT), a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da celebração do contrato ou da adesão do beneficiário ao plano, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.6 Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a cobertura parcial temporária.

7.7 A operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à ocorrência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de adesão, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como ato fraudulento. Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o beneficiário será comunicado imediatamente pela operadora que enviará toda a documentação para análise da ANS que poderá autorizar sua exclusão do quadro de beneficiários, se acatar a alegação da operadora, situação em que o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da operadora sobre a omissão. Até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, a operadora não poderá, sob qualquer alegação, proceder a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou exclusão do beneficiário.

7.8 Se quando da presente adesão, a EMPRESA ASSOCIADA inscrever, entre titulares e dependentes, número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, a cobertura a doenças e lesões preexistentes será integral durante todo o período de vigência contratual.

## **CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8. É obrigatória por parte da DONA BALBINA CLÍNICAS a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

---

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

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

8.1 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior.

## 8.2 DA REMOÇÃO

8.2.1 A DONA BALBINA CLÍNICAS garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.3 Da Remoção para o SUS:

8.3.1 À DONA BALBINA CLÍNICAS caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.3.2 Quando não puder haver remoção por risco de vida, a ACEPF, juntamente com a EMPRESA ASSOCIADA e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a DONA BALBINA CLÍNICAS desse ônus.

---

8.3.3 A DONA BALBINA CLÍNICAS deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

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

#### 8.4 DO REEMBOLSO

8.4.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.4.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à DONA BALBINA CLÍNICAS os seguintes documentos:

- A - Relatório do médico assistente indicando patologia e procedimento adotado;
- B - Conta médico-hospitalar;
- C - Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

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

### **IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO E DINÂMICA DE ATENDIMENTO**

9. Quando da utilização dos serviços cobertos, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciado pela DONA BALBINA CLÍNICAS, o Cartão de Identificação do beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente e guia de encaminhamento, devi-

---

damente emitida e assinada pela DONA BALBINA CLÍNICAS, ressalvadas as situações de urgência e emergência.

**9.1 O beneficiário somente poderá acessar a rede credenciada fora do município mediante encaminhamento do recurso considerado Porta de Entrada que é o Hospital Dona Balbina, devendo esgotar todos os recursos locais para tanto.**

9.2 As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico credenciado pela DONA BALBINA CLÍNICAS, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da DONA BALBINA CLÍNICAS.

9.3 Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

9.4 As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à DONA BALBINA CLÍNICAS até o primeiro dia útil subsequente ao evento, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da DONA BALBINA CLÍNICAS, das despesas resultantes do atendimento.

9.5 Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela DONA BALBINA CLÍNICAS e em estabelecimentos de saúde também por ela credenciados, ressalvadas as situações de urgência e emergência em que não seja possível a utilização da rede credenciada, garantindo-se, ainda, nesta, a realização de procedimentos cobertos pelo contrato com pedido de profissional não pertencente à rede credenciada.

9.6 A DONA BALBINA CLÍNICAS não se responsabilizará pelas despesas do beneficiário quando estas não estiverem previstas na cobertura descrita no contrato.

9.7 A DONA BALBINA CLÍNICAS se obriga a dar completa assistência e orientação à EMPRESA ASSOCIADA, bem como à ACEPF, para correta utilização dos serviços contratados.

---

9.8 A utilização de todos os serviços pelos beneficiários, incluindo-se as consultas, os exames, terapias e tratamentos médicos complementares, bem como os atendimentos especializados, internações e cirurgias far-se-á mediante guia de encaminhamento emitida previamente pela DONA BALBINA CLÍNICAS, desde que haja pedido do médico assistente, com a especificação do atendimento a ser realizado e respectivo preenchimento do formulário padrão, de acordo com a ANS.

Os atendimentos ambulatoriais poderão, somente a critério da DONA BALBINA CLÍNICAS, dispensar guia de encaminhamento.

9.9 A DONA BALBINA CLÍNICAS se obriga a priorizar os casos de urgência para a liberação das guias e nas hipóteses de emergência, poderá o atendimento ser feito sem guia de encaminhamento, comprometendo-se o beneficiário a providenciá-la e entregá-la ao médico ou estabelecimento que procedeu ao atendimento, até o primeiro dia útil após a utilização do serviço.

9.10 Para os procedimentos eletivos, que podem ser agendados, o beneficiário deverá entregar a solicitação médica à DONA BALBINA CLÍNICAS que o encaminhará, imediatamente ao seu departamento de auditoria médica para análise, garantindo-se retorno em um dia útil.

9.11 Quando houver situações de divergências em autorizações de procedimentos médicos, a definição do impasse se dará mediante uma junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

9.12 Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no cadastro da DONA BALBINA CLÍNICAS e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário.

9.13 Para garantir a cobertura assistencial DONA BALBINA CLÍNICAS, a DONA BALBINA CLÍNICAS colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, centros médicos, hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios e respectivos profissionais da área de saúde constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário".

---

9.14 A DONA BALBINA CLÍNICAS poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais constantes do mencionado "Manual de Orientação do Beneficiário", entretanto, toda e qualquer substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

9.15 Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a DONA BALBINA CLÍNICAS deverá, disso, dar ciência escrita ao (à) EMPRESA ASSOCIADA, à ACEPF e à ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.16 A DONA BALBINA CLÍNICAS poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei no 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, proceder à redução da quantidade de hospitais, clínicas e demais credenciados no referido "Manual de Orientação do Beneficiário".

9.17 Ocorrendo os descredenciamentos acima, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento em qualquer outro estabelecimento hospitalar, integrante da rede credenciada da DONA BALBINA CLÍNICAS, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

9.18 Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de qualquer um dos beneficiários regularmente inscritos no plano de saúde, este permanecerá internado, até a regular alta hospitalar e as despesas até então apuradas correrão por conta da DONA BALBINA CLÍNICAS.

9.19 Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a DONA BALBINA CLÍNICAS responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o (a) EMPRESA ASSOCIADA.

**9.20 DA CO-PARTICIPAÇÃO: Os beneficiários co-participarão nos limites abaixo previstos para utilização dos serviços a cada evento:**

**Consultas: R\$ ..... a partir da 4ª. consulta por beneficiário/ano**

**Exames:....% por exame limitados a R\$ ....**

**Internação: R\$ ... por diária limitado a R\$ .....**

---

9.20.1 O valor da co-participação de procedimentos utilizados pelo beneficiário será acrescido no Boleto das Mensalidades, mediante autorização expressa do beneficiário emitida no ato da liberação da guia.

## CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da EMPRESA ASSOCIADA à ACEPF que repassará os valores à DONA BALBINA CLÍNICAS.

10.1 A EMPRESA ASSOCIADA obriga-se a pagar à ACEPF, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas, conforme abaixo:

<b>Beneficiários</b>	<b>Valor R\$</b>
Titulares	R\$
Dependentes	R\$
Agregados	R\$

10.2 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

10.3 Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.4 As faturas emitidas pela ACEPF serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela EMPRESA ASSOCIADA. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.5 Se a EMPRESA ASSOCIADA não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à ACEPF, para que não se sujeite a consequência da mora.

10.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

10.7 A ACEPF, bem como a DONA BALBINA CLÍNICAS não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos e aqueles já vinculados ao plano de saúde.

10.8 As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, diretamente pela DONA BALBINA CLÍNICAS, a razão de 10% do valor per capita, do plano ao qual o beneficiário está inscrito, vigente à época.

## XI - DOS REAJUSTES

11. A Taxa Mensal de Manutenção com vencimento todo dia 10 será reajustada, independente da idade ou faixa etária em que se enquadrar todos os beneficiários vinculados à EMPRESA ASSOCIADA inscritos no plano de saúde, de acordo com a efetiva variação dos custos médicos e hospitalares, apurada conforme o índice divulgado pelo FIPE/SAÚDE ou pelo IGP-M, sempre o que for maior, a cada período de 12 meses.

11.1 A Taxa Mensal de Manutenção **também será reajustada quando houver aumento decorrente da impactação na estrutura de custo da operadora, de fatores incontrolláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina, novos métodos de diagnóstico e terapia; avanços tecnológicos do setor além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira, assim como o aumento imprevisível da frequência ou da utilização de serviços pelos usuários que compõem a massa de usuários inscritos no respectivo plano, considerando toda a carteira da ACEPF na DONA BALBINA CLÍNICAS.** A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente no mesmo período do reajuste financeiro.

11.2 É obrigatória a comunicação a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar de todos os reajustes aplicados.

11.3 As novas adesões serão processadas com o valor reajustado da mensalidade de forma a manter-se a equiparação entre todos os beneficiários do plano de saúde.

11.4 O reajuste será aplicado a todos os beneficiários, independente da data de suas inclusões, considerando como data base única, **a data de aniversário de vigência do contrato.**

**11.5 Não haverá percentuais de reajuste diferenciados no mesmo plano e mesmo contrato, exceto o reajuste aplicado por variação de faixa etária.**

**11.6 Os valores relativos à co-participação serão reajustados nos mesmos moldes e periodicidade de reajuste previsto para as taxas de manutenção do plano.**

## **XII - FAIXAS ETÁRIAS**

12. Não haverá reajustes por faixa etária.

## **XIII - REGRAS PARA BENEFÍCIOS DE PLANOS COLETIVOS**

13. **Das Condições de Permanência no Plano:** A previsão deste benefício é aplicada somente aos beneficiários demitidos ou exonerados das empresas aderentes ao plano de saúde nas quais estes mantinham vínculo empregatício, ou seja, somente para planos empresariais. Não tem direito ao benefício o empregado demissionário nem o que foi demitido por justa causa.

### **13.1 Do Demitido**

13.1.1 A DONA BALBINA CLÍNICAS assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/98). O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contando-se tal prazo da data de ciência inequívoca da comunicação entregue pela EMPRESA ASSOCIADA no ato da rescisão do contrato de trabalho.

---

13.1.2 O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

## **13.2 Do Aposentado**

13.2.1 A DONA BALBINA CLÍNICAS assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98). O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contando-se tal prazo da data de ciência inequívoca da comunicação entregue pela empresa no ato da rescisão do contrato de trabalho.

13.2.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

## **13.3 Dispositivos Gerais**

13.3.1 Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, no decorrer da vigência deste benefício, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde.

13.3.2 O direito assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.3 A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou aposentado, em outro emprego que disponibilize plano de saúde.

---

**13.3.4 O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.**

13.3.5 Nos planos coletivos empresariais custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição o valor deduzido referente aos dependentes ou agregados.

13.3.6 No caso de cancelamento do benefício **por decurso do prazo determinado**, os usuários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da DONA BALBINA CLÍNICAS, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A DONA BALBINA CLÍNICAS disponha de um Plano individual ou Familiar;
- b) O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes junto à DONA BALBINA CLÍNICAS;
- c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

13.3.7 Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

13.3.8 - Para planos adaptados ou migrados, conta-se para efeito dos prazos, o período anterior em contrato não regulamentado, desde que se trate de plano a preço pré-estabelecido e contributivo.

13.3.9 - Para as duas situações, caso no momento da solicitação do benefício, a EMPRESA ASSOCIADA estiver financiando 100% da mensalidade, deverá ser calculado o período proporcional em que o empregado contribuiu para o plano.

13.3.10 - As exclusões de beneficiários do plano de saúde somente serão processadas mediante o envio da declaração de ciência do beneficiário sobre tal benefício juntamente com o formulário padronizado pela operadora.

13.3.11 - O direito ao benefício para os aposentados poderá ser exercido no momento do desligamento da empresa, mesmo que a aposentadoria tenha ocorrido durante a vigência do contrato de trabalho e o aposentado

---

tenha continuado a trabalhar, garantindo-se ainda, aos seus dependentes tal benefício em caso de falecimento do empregado antes de exercer tal direito.

13.3.12 - A EMPRESA ASSOCIADA deve se responsabilizar pela movimentação dos beneficiários inativos e pagamento perante a ACEPF.

13.3.13 - O direito ao benefício para os aposentados poderá ser exercido no momento do desligamento da empresa, mesmo que a aposentadoria tenha ocorrido durante a vigência do contrato de trabalho e o aposentado tenha continuado a trabalhar, garantindo-se ainda, aos seus dependentes tal benefício em caso de falecimento do empregado antes de exercer tal direito.

13.3.14 - Em qualquer dos casos, seja pela manutenção do inativo no mesmo contrato dos ativos ou pela contratação de plano exclusivo para inativos, a empresa contratante deve se responsabilizar pela movimentação dos beneficiários e pagamento perante a operadora.

#### **XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS**

14. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do contrato firmado pela ACEPF com a DONA BALBINA CLÍNICAS;
- b) pela perda do vínculo com a EMPRESA ASSOCIADA, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste termo;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica EMPRESA ASSOCIADA solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A DONA BALBINA CLÍNICAS só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da ACEPF ou da EMPRESA ASSOCIADA nas seguintes hipóteses:

---

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a EMPRESA ASSOCIADA, ou de dependência, previstos no plano de saúde, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

## **XV - DA RESCISÃO**

15. O presente termo de adesão poderá ser rescindido pela EMPRESA ASSOCIADA, mediante aviso escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência de seu término, caso em que a EMPRESA ASSOCIADA ficará desobrigada de qualquer ônus, exceto dos que resultem das obrigações contratuais.

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Termo também será rescindido de pleno direito, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, sempre que, por fraude, obtiver o (a) EMPRESA ASSOCIADA e/ou seu (s) beneficiário (s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da DONA BALBINA CLÍNICAS ou da ACEPF mediante denúncia prévia.

15.1.1 Considerando que a condição para a adesão ao presente termo de convênio, bem como, a vinculação à Associação Comercial, por se tratar de contato coletivo empresarial, é a existência regular de uma pessoa jurídica, será considerado como justo motivo para a rescisão contratual, a extinção da pessoa jurídica por qualquer motivo.

15.1.1.1 Para este fim, fica o Contratante Associado responsável por manter seu cadastro atualizado junto à Associação Comercial, especialmente, endereço e CNPJ.

15.2 O atendimento poderá, ainda, a critério da ACEPF, ser suspenso pelo atraso no pagamento das faturas, restabelecendo-se após a sua quitação integral pela EMPRESA ASSOCIADA.

15.3 A inadimplência superior a 30 (trinta) dias poderá, a critério da ACEPF, ensejar a rescisão contratual, de acordo com a previsão contratual do plano de saúde firmado com a DONA BALBINA CLÍNICAS, mediante notificação escrita a ser encaminhada à EMPRESA ASSOCIADA.

15.4 Considerando que a rescisão imotivada somente poderá ser realizada após o

---

término da vigência do primeiro período da adesão, que é de 12 meses, caso alguma das partes pretenda a rescisão imotivada antes do término do primeiro período, fica a parte que deu origem à sua rescisão, obrigada ao pagamento, de uma só vez, de uma multa equivalente ao valor das mensalidades restantes para se completar o período obrigatório.

#### **XVI - DO FORO**

16. As partes elegem, como privilegiado, o foro da Comarca de Porto Ferreira para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do plano de saúde.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assistidas por duas testemunhas.

Porto Ferreira, de de 201.....

**EMPRESA ASSOCIADA(s):** \_\_\_\_\_

**Representante(s):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG N° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG N° \_\_\_\_\_

**ACEPF:** \_\_\_\_\_

**XXXXXXX**

**Presidente:**

**Testemunhas:**

---

---

Nome:  
RG:

---

Nome:  
RG:

---