

PLANO DE SAÚDE
AMBULATORIAL E HOSPITALAR
CENTRO CLÍNICO

MODELO

1. DO OBJETO DO CONTRATO

Nº _____

Contrato de Cobertura de Assistência à Saúde que entre si fazem, de um lado como **CONTRATANTE**,

e de outro lado como **CONTRATADA**, e como tal, daqui por diante, neste instrumento, assim denominada, **VERA CRUZ ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE**, sociedade sem finalidade lucrativa com sede à avenida Andrade Neves, nº 402, na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, inscrita no C.N.P.J. sob nº 45.999.141/0001-06, com registro na A.N.S. sob nº 36.048-1 e no Ministério da Saúde sob nº **437.945/02-4**, contrato este que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

1.1 Por este Contrato Individual/Familiar, a **CONTRATADA** obriga-se a dar a cobertura aos custos dos atendimentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos aos BENEFICIÁRIOS relacionados na respectiva Proposta de Inscrição, indicados pelo **CONTRATANTE** no Plano de Saúde Vera Cruz, **excluídos os atendimentos e serviços constantes da cláusula 8ª e desde que decorridos os prazos estabelecidos na cláusula 4ª.**

1.2 Fazem parte integrante deste Contrato, a Proposta de Inscrição, o Manual do Beneficiário, a Declaração de Saúde, os recibos de quitação das taxas e o documento de identificação a ser emitido pela **CONTRATADA**, que deverá ser devolvido por ocasião da desistência do beneficiário em permanecer no plano de saúde.

2. DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

2.1 Serão aceitos como beneficiários dependentes para fins deste Contrato, desde que indicados na Proposta de Inscrição:

- a) cônjuge;
- b) companheira - com filhos em comum e que não concorra com esposa;
- c) filhos inválidos de qualquer idade;
- d) filhos e filhas até 18 (dezoito) anos;
- e) menor sob sua responsabilidade judicial.

2.2 O **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:

- a) certidão de casamento;
- b) certidão de nascimento dos filhos;
- c) comprovante da tutela, curatela e adoção, quando for o caso;
- d) carteira de identidade e CIC;
- e) declaração de saúde.

2.3 A inscrição se tornará efetivada após a aceitação do resultado do exame médico (quando for o caso) e da declaração das condições de saúde, bem como o pagamento do custo de cadastramento e a primeira mensalidade.

2.4 Uma vez observados os dispositivos acima é facultada a inclusão, em qualquer época, de outros dependentes, desde que obedecidos os limites contratuais e os períodos de carência.

2.5 No caso do falecimento do CONTRATANTE, o cônjuge supérstite e/ou os dependentes terão direito a celebrar um novo contrato, dentro do padrão vigente na data do evento e para este novo contrato serão respeitadas as carências já cumpridas.

3. DAS DEFINIÇÕES

Para fins deste Contrato, ficam estabelecidas as seguintes definições:

3.1 MÉDICO: somente será reconhecido como médico pela CONTRATADA aquele profissional formado por escola de medicina brasileira ou formado em estabelecimento de ensino de outro país, devidamente reconhecido nos termos da legislação em vigor ou diploma revalidado na forma da Lei e registrado no Conselho Federal de Medicina.

3.2 MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional médico responsável pelo tratamento clínico e/ou cirúrgico do beneficiário;

3.3 CARÊNCIA: é o período de tempo durante o qual o CONTRATANTE e seus dependentes, mesmo tendo pago as Taxas de Manutenção Contratual, não têm direito a determinadas coberturas;

3.4 MANUAL DO BENEFICIÁRIO: é o documento com as orientações gerais para o acesso à rede credenciada, contendo a relação de prestadores (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e prontos-socorros) das mais variadas especialidades, onde podem ser realizados os atendimentos previstos no Contrato;

3.5 ACIDENTE PESSOAL: entende-se por acidente pessoal, para efeitos deste Contrato, o evento com data caracterizada e de causa exclusiva e diretamente externa, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que por si só, independente de toda e qualquer outra causa, necessite de tratamento médico;

3.6 CONTRATANTE: é a pessoa física, maior de 18 (dezoito) anos de idade, responsável pela contratação da cobertura de custos de assistência médica hospitalar prevista neste Contrato, independente de ser Beneficiário ou não do mesmo;

3.7 BENEFICIÁRIO: é a pessoa física cujo nome consta na Proposta de Inscrição aceita pela CONTRATADA;

3.8 DECLARAÇÃO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE: é o documento fornecido pela CONTRATADA e preenchido pelo interessado por ocasião de sua inscrição, relatando com veracidade as condições atuais de saúde e respectivo histórico médico;

3.9 DOENÇA: é o evento de causa não acidental que requer assistência médica hospitalar;

3.10 DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação do plano de saúde;

3.11 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que permite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade;

3.12 AGRAVO: é o acréscimo no valor da mensalidade do Plano de Saúde Vera Cruz, com vista ao custeio do atendimento de doença ou lesão preexistente;

3.13 EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

3.14 URGÊNCIA: é a situação resultante de acidente pessoal ou complicação no processo gestacional que não implica risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

3.15 CIRURGIA PLÁSTICA RESTAURADORA: é considerada cirurgia plástica restauradora exclusivamente aquela feita diretamente em algum órgão ou membro alterado por acidentes ou doenças que ocorram após o início da vigência do presente contrato e que se faça necessária para a restauração de suas funções;

3.16 EXAME COMPLEMENTAR DE DIAGNÓSTICO: é o procedimento técnico-laboratorial indispensável para a elucidação do diagnóstico a ser realizado por indicação do médico assistente;

3.17 EXCLUSÃO: é o procedimento, o serviço ou o evento não previsto ou não coberto pelo presente Contrato;

3.18 PARTO A TERMO: é o parto ocorrido no período de 37 a 41 semanas de gestação;

3.19 PROCEDIMENTO ILÍCITO OU NÃO ÉTICO: é o procedimento não permitido pela Legislação vigente no País ou pelo Código de Ética Médica aprovado pelo Conselho Federal de Medicina;

3.20 PROPOSTA DE INSCRIÇÃO: é o formulário que acompanha o Contrato, em que o(a) CONTRATANTE preenche com seus dados, indicando os seus dependentes;

3.21 REDE CREDENCIADA: é o conjunto de prestadores de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais, referidos no Manual do Beneficiário e autorizados pela CONTRATADA a prestarem aos Beneficiários os serviços e procedimentos conforme as coberturas definidas no presente Contrato;

3.22 REGIME EXTERNO: é a situação onde todos os procedimentos médicos são efetuados sem a necessidade de internação hospitalar do Beneficiário;

3.23 REGIME INTERNAÇÃO: é a situação onde todos os procedimentos médicos, para serem realizados, necessitam internação hospitalar do Beneficiário;

3.24 TAXA DE INSCRIÇÃO: é a importância paga pelo(a) CONTRATANTE à CONTRATADA para o ingresso no Plano de Saúde escolhido;

3.25 TAXA DE MANUTENÇÃO CONTRATUAL: é a importância mensal paga pelo(a) CONTRATANTE à CONTRATADA durante a vigência do Contrato, observadas as faixas etárias da cláusula 11.1;

4. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO E DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

4.1 O presente contrato é de prazo indeterminado, entrando em vigor após o cumprimento do que reza a cláusula 2.3, passando o **CONTRATANTE** a fazer jus aos serviços contratados, respeitados os seguintes prazos de carências:

4.1.1 24 (vinte e quatro) horas após o início da sua vigência para os atendimentos nos casos de urgência e emergência, assim definidos:

a) emergência: os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

b) urgência: assim entendido pelo médico assistente ou resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

4.1.2 Consultas Médicas: **30 dias;**

4.1.3 Exames Laboratoriais: **30 dias;**

4.1.4 Exames Auxiliares de Diagnóstico: **60 dias;**

4.1.5 Radiologia Simples: **60 dias;**

4.1.6 Fisioterapia: **60 dias;**

4.1.7 Hemodiálise: **180 dias;**

4.1.8 Procedimentos Ambulatoriais: **180 dias;**

4.1.9 Internações Hospitalares: **180 dias;**

4.1.10 Partos a Termo: **300 dias.**

5. DOS SETORES DE MEDICINA E SERVIÇOS COBERTOS PELO CONTRATO

5.1 A **CONTRATADA**, pelo presente instrumento, obriga-se a propiciar ao **CONTRATANTE** e seus beneficiários dependentes os atendimentos previstos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde – CID - 10, respeitadas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, excluídos os atendimentos descritos na cláusula 8ª, desde que decorridos os prazos estabelecidos na Cláusula 4ª, compreendendo:

5.1.1 ALERGIA E IMUNOLOGIA;

5.1.2 ANESTESIOLOGIA;

5.1.3 CANCEROLOGIA;

5.1.4 CARDIOLOGIA;

5.1.5 CIRURGIA CARDIOVASCULAR;

5.1.6 CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO;

5.1.7 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO;

5.1.8 CIRURGIA BUCO-MAXILO;

5.1.9 CIRURGIA GERAL;

5.1.10 CIRURGIA PEDIÁTRICA;

5.1.11 CIRURGIA PLÁSTICA RESTAURADORA;

5.1.12 CIRURGIA TORÁCICA ;

5.1.13 CIRURGIA VASCULAR;

- 5.1.14 DERMATOLOGIA;**
- 5.1.15 ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA;**
- 5.1.16 FISIATRIA;**
- 5.1.17 GASTROENTEROLOGIA;**
- 5.1.18 GENÉTICA CLÍNICA;**
- 5.1.19 GINECOLOGIA;**
- 5.1.20 HEMATOLOGIA;**
- 5.1.21 HEMOTERAPIA;**
- 5.1.22 MOLÉSTIAS INFECCIOSAS;**
- 5.1.23 NEONATOLOGIA;**
- 5.1.24 NEFROLOGIA;**
- 5.1.25 NEUROCIRURGIA;**
- 5.1.26 NEUROLOGIA;**
- 5.1.27 NEUROLOGIA PEDIÁTRICA;**
- 5.1.28 OBSTETRÍCIA;**
- 5.1.29 OFTALMOLOGIA;**
- 5.1.30 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA;**
- 5.1.31 OTORRINOLARINGOLOGIA;**
- 5.1.32 PATOLOGIA;**
- 5.1.33 PATOLOGIA CLÍNICA;**
- 5.1.34 PEDIATRIA;**
- 5.1.35 PNEUMOLOGIA;**
- 5.1.36 PROCTOLOGIA;**
- 5.1.37 RADIOTERAPIA;**
- 5.1.38 REUMATOLOGIA;**
- 5.1.39 TERAPIA INTENSIVA (UTI);**
- 5.1.40 UROLOGIA;**

5.2 DOS SERVIÇOS

5.2.1 SERVIÇOS PROFISSIONAIS

5.2.1.1 EM REGIME EXTERNO: consultas, curativos, imobilizações, pequenas cirurgias e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente do corpo clínico do Hospital Vera Cruz.

5.2.1.2 EM REGIME DE INTERNAÇÃO: atendimentos cirúrgicos, obstétricos, anestésias, visitas clínicas, serviços médicos em Unidade de Terapia Intensiva-UTI, sempre realizados em ambiente hospitalar.

5.2.2 SERVIÇOS COMPLEMENTARES PRESTADOS EM REGIME EXTERNO E EM REGIME DE INTERNAÇÃO

5.2.2.1 DE DIAGNÓSTICO: Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Eletrocardiograma, Endoscopia, Medicina Nuclear, Radiologia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultra-sonografia e outros indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica.

5.2.2.2 DE TERAPIA: Diálise Peritoneal, Hemodiálise, Fisioterapia, Inaloterapia, Hemoterapia, Radioterapia, Quimioterapia e outros indispensáveis para o controle da evolução da doença.

5.2.3 SERVIÇOS HOSPITALARES

5.2.3.1 São serviços realizados em ambiente hospitalar, sem limites de dias de internação, em acomodação tipo Enfermaria, Berçário, Unidade de Terapia Intensiva ou Semi-Intensiva, a critério do médico-assistente, compreendendo as seguintes despesas: diárias, taxas, uso de equipamentos médicos, materiais, medicamentos, gases medicinais, anestésicos, alimentação do paciente, serviços gerais de enfermagem e as despesas de acomodação e refeição do acompanhante no hospital nas internações de menores de 18 (dezoito) anos.

5.2.4 SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO: São serviços realizados em ambiente de Pronto-Socorro, credenciados pela **CONTRATADA**, prestados ininterruptamente em casos de urgência e emergência.

5.2.5 ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreendendo consultas médicas e procedimentos ambulatoriais realizados obrigatoriamente em centros clínicos credenciados pela **CONTRATADA**, cabendo a estes a decisão do encaminhamento a um outro consultório especializado e indicado no Manual do Beneficiário.

5.2.6 ATENDIMENTO OBSTÉTRICO E ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO: Serviço de Atendimento Obstétrico compreendendo o pré-natal, as intercorrências da gravidez e o parto, com cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo de mãe beneficiária, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, garantida sua inclusão sem carência, desde que dentro dos 30 (trinta) dias.

5.2.7 TRANSPLANTES

5.2.7.1 Estão cobertos apenas os transplantes de córnea e de rim para os BENEFICIÁRIOS na condição de receptor, desde que os candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver observem a legislação específica, inscrevendo-se obrigatoriamente em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT.

5.2.7.2 No caso de transplante de rim, para os BENEFICIÁRIOS na condição de receptor de órgãos de doador vivo, estão cobertas as despesas assistenciais com a retirada do órgão do doador.

5.2.7.3 Na cobertura de transplantes para beneficiários na condição de receptor, inclui-se o tratamento clínico no pré e pós-operatório imediato, **exceto medicamentos de manutenção pós-transplantes.**

5.2.8 ATENDIMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

5.2.8.1 Estão cobertos o tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**;

5.2.8.2 Cobertura de psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitada a **12 (doze) sessões por ano contratual, não cumulativas**, podendo ser prorrogada por igual período com a co-participação do beneficiário em 50% do custo do atendimento;

5.2.8.3 Custeio integral das Internações em hospital Psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para os casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise, limitados a **30 (trinta) dias de internação por ano, não cumulativos**, podendo ser prorrogado por igual período com a participação do beneficiário em 50% do custo do atendimento;

5.2.8.4 Custeio integral das Internações em hospital geral para os pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, limitadas a **15 (quinze) dias por ano, não cumulativas**, podendo ser prorrogada por igual período com a participação do beneficiário em 50% do custo do atendimento;

5.2.8.5 Caso por indicação médica a necessidade dos serviços em regime ambulatorial e/ou hospitalar exceda os limites previstos no presente Contrato, esgotados esses limites, a responsabilidade financeira pelos atendimentos passará a ser do(a) **CONTRATANTE**, que fará os pagamentos diretamente à entidade ou profissional prestador do serviço.

5.3 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 CONTRATADA E EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE TAMBÉM POR ELA CREDENCIADOS, CABENDO A ELAS TODA A RESPONSABILIDADE PELO TRATAMENTO INSTITUÍDO, NÃO SE RESPONSABILIZANDO A CONTRATADA POR QUALQUER TIPO DE ATENDIMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA OU POR PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS PELA MESMA, EXCETO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMPROVADAMENTE PELO MÉDICO ASSISTENTE.

6. DAS ACOMODAÇÕES

6.1 Fica estabelecido que o **CONTRATANTE** poderá optar por uma acomodação diferenciada, desde que, para tanto, pague mensalmente a taxa correspondente à acomodação escolhida:

6.1.1 Acomodação em apartamento composto de quarto, banheiro e telefone, para o **CONTRATANTE** e acompanhante, sem quaisquer despesas, inclusive com honorários médicos, desde que o paciente seja atendido pelos médicos do corpo clínico, com exceção das despesas extraordinárias (inclusive refeição do acompanhante), que serão cobradas conforme lista de preços do Hospital Vera Cruz.

6.2 A opção pelas acomodações diferenciadas constantes das cláusulas acima, deverá ser feita mediante assinatura do "Termo de Opção", constante no final do presente instrumento, e do pagamento de taxa previstas no item 10.1.

6.3 Os beneficiários que fizerem sua opção pelo quarto coletivo e que optarem, posteriormente, pela transferência para acomodação apartamento, cumprirão a carência de 180 dias, a contar da data de solicitação. Até que se cumpra a

carência prevista, o CONTRATANTE continuará sendo atendido normalmente dentro das condições previstas para o tipo de acomodação inicialmente escolhida.

7. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Estão cobertas pelo presente Contrato **as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o(a) CONTRATANTE e/ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofredores à época da sua contratação.** Essa cobertura se dará da seguinte forma:

7.1.1 Caso, quando do preenchimento da proposta da admissão ao presente Contrato ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo(a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes em entrevista qualificada ou seja constatada, através de exames ou perícias, que algum(ns) dos beneficiários seja(m) portador(es) de qualquer doença ou lesão, o(a) **CONTRATANTE** optará pela **cobertura parcial temporária** da referida doença ou lesão, ou pela cobertura integral, mediante um **agravo** no valor da mensalidade.

7.1.2 Para fins do presente Contrato, entende-se por **cobertura parcial temporária**, a suspensão da cobertura da doença ou lesão preexistente pelo período de **24 (vinte e quatro) meses** de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade; entende-se por **agravo**, o acréscimo no valor da manutenção mensal pelo período necessário para o atendimento, em virtude da opção do(a) **CONTRATANTE**, da cobertura integral da doença ou lesão preexistente, respeitados os períodos de carência da cláusula 4.

7.1.3. A opção por uma das alternativas supra dependerá exclusivamente de decisão do **CONTRATANTE**, por meio de declaração expressa.

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

8. DAS EXCLUSÕES

8.1 Das obrigações assumidas pela **CONTRATADA** estão expressamente excluídos do contrato os atendimentos a:

8.1.1 TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

8.1.2 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, INCLUSIVE MASTOPLASTIA REDUTORA, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

8.1.3 TRATAMENTOS ILÍCITOS OU NÃO ÉTICO, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO LEGAL E/OU MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

8.1.4 FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

- 8.1.5 INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E PROCEDIMENTOS LIGADOS À REPRODUÇÃO HUMANA, COMO: VASECTOMIA (EXCETO AS COMPROVADAMENTE NECESSÁRIAS EM VIRTUDE DE ENFERMIDADE DIAGNOSTICADA PELO MÉDICO ASSISTENTE), LAQUEADURAS E SUAS REVERSÕES, DISPOSITIVOS ANTICONCEPCIONAIS, FERTILIZAÇÕES IN-VITRO, EXAMES PRÉ-NUPCIAIS E PROVAS DE PATERNIDADE;**
- 8.1.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, BEM COMO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DE PÓS-TRANSPLANTES;**
- 8.1.7 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, COM EXCEÇÃO DE CórNEA, RIM E MEDULA ÓSSEA;**
- 8.1.8 ATENDIMENTOS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;**
- 8.1.9 TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;**
- 8.1.10 ATENDIMENTO A ATIVIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;**
- 8.1.11 ATENDIMENTO DE QUALQUER NATUREZA NO EXTERIOR, MESMO AQUELES CONSIDERADOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;**
- 8.1.12 ALIMENTAÇÃO PARA O ACOMPANHANTE, EXCETO PARA ACOMPANHANTES DE MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS;**
- 8.1.13 ODONTOLOGIA, SALVO AS CIRURGIAS BUCO-MAXILARES QUE NECESSITEM DE INTERNAÇÃO PARA A SUA REALIZAÇÃO;**
- 8.1.14 ATENDIMENTOS NOS CASOS DE CALAMIDADE PÚBLICA, GUERRAS, REVOLUÇÕES, EPIDEMIAS E ATOS DA NATUREZA;**
- 8.1.15 MEDICINA ORTOMOLECULAR;**
- 8.1.16 PRÓTESES IMPORTADAS.**

9. DOS PAGAMENTOS DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E MÉDICOS-HOSPITALARES

- 9.1** O **CONTRATANTE** terá o direito de ser atendido por médico de sua livre escolha, respeitando o Regimento interno do hospital, sendo certo que o médico pertencente ao corpo clínico do Hospital Vera Cruz, no que concerne aos seus honorários médicos, não acarretará nenhum ônus ao **CONTRATANTE**, desde que permaneça na acomodação a que tem direito.
- 9.2** O corpo clínico a que se refere a cláusula anterior consta no Manual do Beneficiário, que é revisado anualmente.
- 9.3** Na hipótese do médico escolhido pelo **CONTRATANTE** não pertencer ao corpo clínico do Hospital Vera Cruz e sendo aprovado pelo seu Diretor Clínico para

fazer uso do hospital, receberá seus honorários da **CONTRATADA** de acordo com a tabela praticada por ela em relação ao seu corpo clínico, ficando por conta exclusiva do **CONTRATANTE** eventual suplementação de honorários médicos. Caso o **CONTRATANTE** acerte os seus honorários diretamente com o médico assistente, será reembolsado nos mesmos moldes dos honorários pagos aos médicos do corpo clínico.

9.4 As despesas autorizadas, decorrentes da internação do **CONTRATANTE**, serão pagas pela **CONTRATADA** diretamente ao hospital.

10. DAS TAXAS

10.1 O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, mediante sistema de pré-pagamento, as taxas a seguir especificadas, cujos valores constam na proposta de admissão:

10.1.1 Taxa de Inscrição por beneficiário inscrito, independente da faixa etária em que estiver enquadrado;

10.1.2 Taxa de manutenção mensal correspondente à categoria em que estiver enquadrado;

10.1.3 A cobrança da taxa de manutenção mensal será efetuada no dia indicado pelo **CONTRATANTE** na proposta de inscrição, sendo que a primeira será paga no ato da assinatura do presente contrato, acrescida da taxa de inscrição.

10.2 O valor da taxa de manutenção mensal será reajustado, independente da idade ou faixa etária em que se enquadrar o(a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes, nos termos da Lei 8.880/94 e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida. Este reajuste é aplicado de acordo com as planilhas de custos aprovadas pela A.N.S. em conformidade com a legislação vigente.

10.3 Os pagamentos da taxa de manutenção mensal, constantes dos carnês, deverão ser efetuados diretamente à **CONTRATADA**, a representantes devidamente credenciados ou em bancos por ela expressamente indicados, participantes do sistema nacional de compensação, na data de seus respectivos vencimentos, acrescido da taxa de boleto bancário.

10.4 Nenhum pagamento será reconhecido como efetuado à **CONTRATADA** se o **CONTRATANTE** dele não possuir comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

11. VALOR DA MANUTENÇÃO

11.1 A mudança da faixa etária de qualquer beneficiário, durante a vigência do Contrato, determinará novos valores para a Taxa de Manutenção Contratual em vigor. O novo valor será calculado acrescentando-se ao valor da Taxa de Manutenção em vigor, o percentual indicado na tabela abaixo:

Faixa Etária Acréscimo Equivalente na Mensalidade

1. De 0 a 18 anos
2. Ao completar 19 anos 13,80%
3. Ao completar 24 anos 13,79%
4. Ao completar 29 anos 13,79%
5. Ao completar 34 anos 13,84%
6. Ao completar 39 anos 13,80%
7. Ao completar 44 anos 13,79%
8. Ao completar 49 anos 29,52%
9. Ao completar 54 anos 29,50%
10. Ao completar 59 anos 29,50%

11.2 O reajuste por faixa etária será aplicado no mesmo mês que ocorrer a mudança.

12. DOS ATRASOS NOS PAGAMENTOS

12.1 O pagamento efetuado fora dos prazos estabelecidos sofrerá multa contratual de 2% (dois por cento) sobre o total das mensalidades em atraso, acrescido também de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês ou fração.

12.2 O atraso no pagamento de qualquer valor devido por força do presente contrato, por um período superior a 60 (sessenta) dias, acarretará na rescisão do presente contrato.

12.3 A **CONTRATADA** notificará o **CONTRATANTE** até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência, dando ciência ao mesmo, sobre a rescisão prevista na cláusula supra.

12.4 O não atendimento do **CONTRATANTE**, por parte da **CONTRATADA**, em virtude de atraso no pagamento de qualquer valor, não libera da obrigação de pagar dívida reconhecida e cobrável.

13. DOS LIMITES DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA E DO REEMBOLSO

13.1 Fica expressamente estabelecido que os serviços a cuja prestação a **CONTRATADA** ora se obriga são aqueles enquadrados dentro do estágio atual da Medicina e que se encontram dentro da capacidade normal de atendimento do **HOSPITAL VERA CRUZ** ou dos demais hospitais com os quais são mantidos convênios.

13.2 Quando da impossibilidade de utilização, pelo(a) **CONTRATANTE** e/ou seus beneficiários dependentes dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA** para atendimentos de assistência à saúde - relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato - em casos de **urgência** e de **emergência**, a **CONTRATADA** procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo(a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes, devidamente inscritos no presente Contrato, de acordo com os limites estabelecidos na cláusula

13.3 e após o(a) **CONTRATANTE** apresentar os documentos que alude a cláusula 13.4.

13.3 Na hipótese do atendimento de **urgência** ou **emergência** não ocorrer no **HOSPITAL VERA CRUZ ou em estabelecimentos credenciados pela CONTRATADA**, o montante total dos serviços, cujo pagamento se obriga a **CONTRATADA**, não poderá ultrapassar o equivalente a **100 (cem)** vezes o valor da taxa da manutenção mensal em que estiver enquadrado o(a) **CONTRATANTE** ou seu dependente vigente à época em que ocorrer a prestação do serviço, levando-se sempre em conta a Lista de Procedimentos da Vera Cruz Associação de Saúde.

13.4 O reembolso das despesas que alude a cláusula 13.2 será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à **CONTRATADA**, pelo **CONTRATANTE**, da seguinte documentação:

- a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico assistente, especificando a razão da urgência e/ou emergência.

13.5 Os atendimentos realizados fora da rede credenciada pela **CONTRATADA**, que não sejam comprovadamente de urgência ou emergência, não serão reembolsados.

14. DA ÁREA GEOGRÁFICA

14.1 Cobertura para o município de Campinas - Estado de São Paulo, conforme recursos indicados no Manual do Beneficiário.

14.2 São admitidos ainda os atendimentos nas urgências e emergências em outras localidades do Território Nacional onde a **CONTRATADA** tiver recursos contratados para o Plano de Saúde, conforme indicados no Manual do Beneficiário.

14.3 Nos casos de urgência e emergência devidamente comprovados por declaração do médico assistente, em localidades onde a **CONTRATADA** não dispor de recursos credenciados, será admitido o reembolso das despesas médico/hospitalares, respeitando o disposto na cláusula 13.

15. DA RESCISÃO

15.1 Fica assegurado ao **CONTRATANTE**, o direito de rescindir o presente contrato até 7 (sete) dias da data da assinatura do presente, sem qualquer ônus, com a conseqüente devolução das quantias pagas, corrigidas monetariamente.

15.2 O **CONTRATANTE** poderá ainda, rescindir o presente contrato a qualquer tempo, assegurando o direito da **CONTRATADA** de cobrar eventuais mensalidades em atraso.

15.3 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, a **CONTRATADA** poderá considerar rescindido o presente contrato sem necessidade do pagamento de qualquer indenização, nas seguintes hipóteses:

15.3.1 Na hipótese da cláusula 12.2.

15.3.2 Se o **CONTRATANTE** praticar qualquer omissão, falsidade, que influam ou tenham influído na aceitação das condições do presente contrato.

16. DAS ADIÇÕES, MODIFICAÇÕES E RELAÇÕES ENTRE AS PARTES

16.1 O presente contrato, durante sua vigência, poderá sofrer adições, substituições ou modificações, seja no tocante às suas cláusulas e condições, sendo certo, no entanto, que tais alterações ou adições somente terão validade quando feitas por escrito e devidamente assinadas pelas partes contratantes.

16.2 Todas e quaisquer correspondências, comunicações, solicitações, etc., enfim, todo e qualquer contato entre o **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, relativo a todo e qualquer serviço, providência, atitude, etc., decorrente ou com base no presente contrato, somente será considerado e terá pleno valor quando efetuado por escrito, estando de acordo com a lei.

17. DO FORO

17.1 Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato ou de sua execução, as partes elegem o foro o domicílio do **CONTRATANTE**, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

18. DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

18.1 Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a legislação atinente à matéria ou através de negociação direta entre as partes.

18.2 O **CONTRATANTE** declara haver lido previamente este contrato, tendo a **CONTRATADA** lhe prestado todas as informações necessárias, não restando qualquer dúvida sobre qualquer de suas cláusulas; outrossim, reconhece expressamente que os valores devidos por força do presente contrato constituem dívidas líquidas e certas, facultando à **CONTRATADA** em caso de falta de pagamento de qualquer deles, proceder à cobrança, por via executiva, do principal acrescido de juros de mora, eventual correção monetária (se houver e for permitida) e demais encargos decorrentes da execução da dívida.

E por estarem, assim, justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e para uma mesma finalidade, na

presença de 2 (duas) testemunhas abaixo assinadas, que a tudo viram e assinaram, na forma da lei.

Campinas, _____ de _____ -- _____ de _____.

CONTRATADA

CONTRATANTE

Testemunhas:

1. _____

2. _____

TERMO DE OPÇÃO PARA APARTAMENTO e seus acréscimos por faixa etária. (Registro no Ministério da Saúde sob nº 437.946/02-2)

Faixa Etária Acréscimo Equivalente na Mensalidade

1. De 0 a 18 anos
2. Ao completar 19 anos 14,40%
3. Ao completar 24 anos 14,41%
4. Ao completar 29 anos 14,42%
5. Ao completar 34 anos 14,41%
6. Ao completar 39 anos 14,41%
7. Ao completar 44 anos 14,42%
8. Ao completar 49 anos 30,89%
9. Ao completar 54 anos 30,90%
10. Ao completar 59 anos 30,90%

O reajuste por faixa etária será aplicado no mesmo mês que ocorrer a mudança

Pelo presente termo, declaro que opto pela acomodação diferenciada a que alude a cláusula 6.1.1 do presente contrato.

Campinas, _____ de _____ de _____.

CONTRATADA

CONTRATANTE

DEPENDENTES:

Testemunhas

1ª _____ 2ª _____

MODELO