

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - INDIVIDUAL/FAMILIAR

Qualificação da OPERADORA

QSAÚDE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Assistência à Saúde, registrada sob o nº 42.166-9 na Agência Nacional de Saúde Suplementar ("ANS"), classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ /ME nº 30.821.576/0001-80, doravante denominada **OPERADORA**, situada à Av. Paulista, nº 1063, 8º andar, Bairro Jardim Paulista, Cidade de São Paulo, Estado São Paulo.

Qualificação da CONTRATANTE

O(a) **CONTRATANTE** encontra-se qualificado(a) e identificado(a) conforme os dados constantes na Proposta de Adesão – Individual/Familiar, que é parte integrante e indissociável deste contrato para todos os fins de direito.

As partes acima identificadas e qualificadas firmam o Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde - Individual/familiar, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

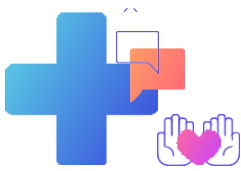
Cláusula Primeira – Atributos do Contrato

1.1. O presente Contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I, do artigo 1º, da Lei n.º 9656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar, com cobrança de coparticipação, a ser prestada, exclusivamente, em rede própria ou credenciada situada dentro da área de atuação da **CONTRATADA**, abrangendo todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde ("OMS"), de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento aos beneficiários elegíveis.

1.1.1. A prestação de serviço descrita neste Contrato se dará por meio de atenção primária à saúde e, portanto, utiliza-se de mecanismos de regulação de Unidade de Porta de Entrada, Direcionamento e Hierarquização de Serviços, conforme disciplinado na cláusula 9.11 e seguintes deste Contrato.

1.2. O presente Contrato é de adesão e bilateral, gerando direitos, obrigações e deveres individuais às partes envolvidas, na forma do Código Civil Brasileiro. Também é regido pela Lei Federal n.º 9.656/98, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde, e por legislação específica que vier a sucedê-la e subsidiariamente pelas disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90).

1.3. Características do plano:



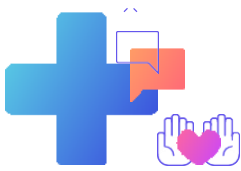
Nome comercial	Qconforto II	Qconforto Plus II	Qdemais II	Qtop II	Referência – Individual ou Familiar
Registro ANS	489.154/21-6	489.156/21.2	489.155/21.4	489.153/21-8	486.413/20-1
Tipo de contratação	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Referência
Abrangência geográfica	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Municipal
Área de atuação	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Mauá, Osasco	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Mauá, Osasco	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Mauá, Osasco	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Mauá, Osasco	São Paulo
Acomodação em internação	Coletiva (Enfermaria)	Individual (Apartamento)	Individual (Apartamento)	Individual (Apartamento)	Coletiva (Enfermaria)
Fator moderador	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação
Formação do preço	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento
Serviços e coberturas adicionais	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Não possui

Cláusula Segunda – Condições de Admissão

2.1. O Plano Privado de Assistência à Saúde Individual/Familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

2.2. Poderão ser inscritos no contrato de plano de saúde como beneficiários dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas em relação ao titular:

- I. Cônjuge;
- II. Companheiro(a), havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- III. Filhos(as) e Enteados;
- IV. Menor solteiro(a) que, por força judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- V. Pai e Mãe;
- VI. Avó(ô);
- VII. Irmãos(ãs);



VIII. Tios(as);

IX. Sobrinhos(as);

X. Netos(as) e Bisnetos(as);

XI. Sogro(a);

XII. Cunhados(as);

XIII. Genros e Noras.

2.3. Os beneficiários dependentes estarão vinculados ao(à) beneficiário(a) titular no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

2.4. Serão considerados beneficiários, com todas as obrigações, responsabilidades e direitos, aqueles que cumprirem plenamente os requisitos de admissão previstos nesse Contrato.

2.5. É assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

- I. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário titular for o pai ou a mãe;
- II. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela **OPERADORA** ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
- III. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano.

2.6. É assegurada a inclusão do recém-nascido sob guarda ou tutela do responsável legal, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.

2.7. A inscrição do recém-nascido, na forma das cláusulas 2.5 e 2.6, pelo dependente do plano, deverá observar as condições de elegibilidade previstas neste Contrato.

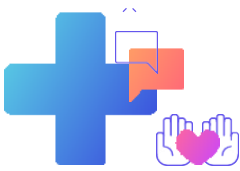
2.8. Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias na forma das cláusulas 2.5 e 2.6, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela **OPERADORA**, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:

2.8.1 Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

2.9. Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

2.10. Não é possível a alegação de Doença ou Lesão Preexistente ("DLP") quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura Parcial Temporária ("CPT").

2.11. É assegurada a inclusão de menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário, ou sob guarda ou tutela



deste e inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

2.12. É assegurada a inclusão de menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário titular.

2.13. A inscrição do filho menor, na forma das cláusulas 2.10 e 2.11, deverá observar as condições de elegibilidade previstas neste Contrato.

2.14. Não é possível a alegação de DLP quando o menor de 12 (doze) anos for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de CPT.

2.15. Os recém-casados, incluídos no plano em até 30 (trinta) dias do matrimônio ou da união estável, aproveitarão os prazos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular.

2.16. Os beneficiários deverão fornecer todas as informações necessárias para envio do cadastro de beneficiários, à ANS, como nome e qualificação, incluindo data de nascimento, sexo, nome da mãe, endereço residencial, CPF, PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, Carteira de Identidade etc., cabendo ao(à) **CONTRATANTE** sua atualização e complementação, quando necessário, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

2.17. Será fornecido aos beneficiários regularmente inscritos o Cartão de Identificação Virtual (disponibilizado via app) que, acompanhado de documento de identidade, os habilitará aos atendimentos previstos neste Contrato, desde que regularmente inscritos e ativos no sistema da **OPERADORA**. Excepcionalmente, o Cartão de Identificação poderá ser fornecido aos beneficiários de forma física.

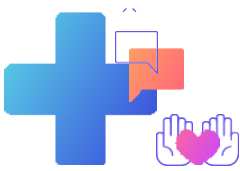
Cláusula Terceira – Cobertura e Procedimentos Garantidos

3.1. A **OPERADORA** garantirá aos beneficiários regularmente inscritos, desde que satisfeitas as respectivas condições previstas neste Contrato, a cobertura dos custos assistenciais havidos, compreendendo a garantia de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ("CFM"), visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS, e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento.

3.2. O atendimento será assegurado de acordo com a segmentação, a área de atuação, abrangência, rede referenciada da **OPERADORA**, dos prazos de carência e das coberturas parciais temporárias estabelecidas neste Contrato.

3.3. O produto ora contratado é de atenção primária à saúde, objetivando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico escolhido na Porta de Entrada do serviço, no direcionamento e na hierarquização dos serviços, conforme definido e delimitado neste Contrato.

3.4. Este Contrato poderá utilizar-se da Telemedicina, em consonância com a regulamentação aplicável, como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologia visando a favorecer a relação médico/paciente.



Cobertura Assistencial

3.5. Cobertura assistencial para os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de referenciamento ou qualquer tipo de relação entre a **OPERADORA** e os prestadores de serviços de saúde.

3.6. Cobertura assistencial para os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de referenciamento ou qualquer tipo de relação entre a **OPERADORA** e os prestadores de serviços de saúde.

3.7. Cobertura para as ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

3.8. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

3.9. Cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitados a segmentação do plano contratado, os prazos de carência e a CPT.

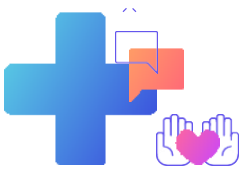
3.10. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da **OPERADORA**.

3.11. Cobertura para os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação do plano contratado. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

3.12. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação do plano contratado.

3.13. Para fins de cobertura obrigatória por este plano, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999. Exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida por este Contrato a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

3.14. Cobertura para os procedimentos e eventos em saúde, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos



em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada para sua remoção e/ou retirada.

3.15. Cobertura das taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (“ANVISA”) e respeitados os critérios de referenciamento ou qualquer outro tipo de relação entre a **OPERADORA** e os prestadores de serviços de saúde.

3.16. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a **OPERADORA** garantirá a continuidade do tratamento, conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitados a segmentação assistencial do plano contratado, os prazos de carência e a CPT.

3.17. A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259 de 2011.

3.18. O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

3.19. Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.

Cobertura Ambulatorial

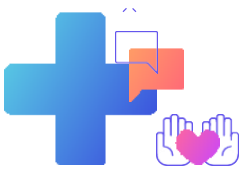
3.20. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observadas as seguintes exigências:

3.21. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo CFM;

3.22. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião-dentista assistente, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e que esteja listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS;

3.23. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as diretrizes de utilização e limites de consultas ou sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

3.24. A cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões e diretrizes de utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;



3.25. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

3.26. Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

3.27. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema;

3.28. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - ("CAPD");

3.29. Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;

3.30. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- I. Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ter com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- II. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

3.31. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

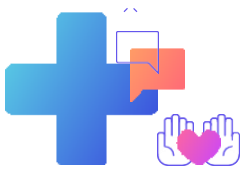
3.32. Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

3.33. Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

3.34. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, na forma prevista pelo Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento; e

3.35. Os procedimentos que possuem limitação, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, serão contados por ano de contrato, considerando a data de início de vigência do beneficiário, portanto não cumulativos.

Cobertura Hospitalar com Obstetrícia



3.36. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação, inclusive os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência (conforme legislação específica sobre o tema), de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observando-se:

Internações hospitalares

3.37. Cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias.

3.38. Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato. Após os 30 (trinta) primeiros dias de internação psiquiátrica, será cobrada coparticipação do beneficiário, no percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado entre a **OPERADORA** e o respectivo prestador de serviços de saúde.

3.39. Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

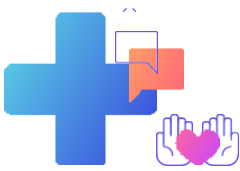
3.40. Cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da OPERADORA do beneficiário receptor;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto fornecimento de medicação de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

3.41. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

3.42. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante ("SNT").

3.43. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: (a) determinar o encaminhamento de equipe especializada; e (b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor.



3.44. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados de urgência e emergência, respeitados as segmentações, os prazos de carência e a CPT.

3.45. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- I. Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- II. Que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando-se a segmentação do plano contratado.

3.46. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, considerando:

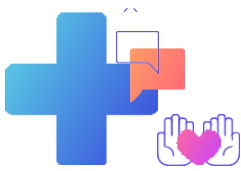
- I. Cabe ao médico e/ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- II. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela OPERADORA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- III. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a OPERADORA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela OPERADORA, que ocorrerá nos termos da legislação vigente à época.

3.47. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- I. Crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- II. Idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; e
- III. Pessoas com deficiência.

3.48. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- I. Hemodiálise e diálise peritoneal - ("CAPD");
- II. Quimioterapia oncológica ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica,



necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral.

- III. Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- IV. Hemoterapia;
- V. Nutrição parenteral ou enteral;
- VI. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- VII. Embolizações previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS e radiologia intervencionista;
- VIII. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- IX. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento; e
- X. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Cirurgia e Procedimentos Odontológicos Realizados em Ambiente Hospitalar

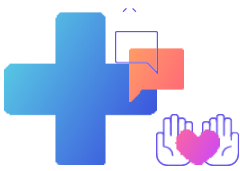
3.49. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

3.50. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observando-se:

- I. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- II. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos nas coberturas previstas neste Contrato.

Cobertura Obstétrica

3.51. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.



3.52. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

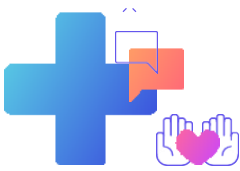
3.53. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

3.54. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Cláusula Quarta – Exclusão de Cobertura

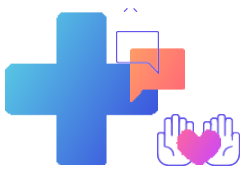
4.1. Estão excluídos da cobertura deste Contrato:

- I. Qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- II. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - a. Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/ não regularizadas no país;
 - b. É considerado experimental pelo CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia (“CFO”); ou
 - c. Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- III. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses, próteses e materiais especiais para o mesmo fim;
- IV. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- V. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VI. Fornecimento de medicamentos e produtos importados não nacionalizados;
- VII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos da ANS;
- VIII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não relacionados com o ato cirúrgico;
- IX. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XI. Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e suas Diretrizes de Utilização;
- XII. Consultas e internações domiciliares, inclusive home care;



- XIII. Fornecimento de medicamento de manutenção para pacientes transplantados;
- XIV. Aluguel de equipamentos hospitalares;
- XV. Cirurgia refrativa em desconformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e suas Diretrizes de Utilização;
- XVI. Serviços telefônicos, produtos de hotelaria, de higiene pessoal ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura de assistência à saúde;
- XVII. Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVIII. Aparelhos ortopédicos, tais como muletas, botas, tipoias etc.
- XIX. Vacinas e autovacinas;
- XX. Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, relacionados às Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde do Trabalho – NR-07 do Ministério do Trabalho e Emprego (“MTE”);
- XXI. Exames periódicos de qualquer natureza não solicitados pelo médico assistente e/ou cirurgião dentista;
- XXII. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias bucomaxilofaciais e a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar;
- XXIII. Tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXIV. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada, bem como realizados no exterior;
- XXV. Despesas hospitalares extraordinárias, tais como artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal do paciente e do acompanhante, enfermagem em caráter particular em regime hospitalar, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura assistencial;
- XXVI. Despesas assistenciais não vinculadas diretamente à cobertura deste Contrato, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste Contrato ou nas normas da ANVISA ou ainda não previstos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento; e
- XXVII. Remoção/transferência por via aérea.

Cláusula Quinta – Duração do Contrato



5.1. O presente Contrato vigorará por prazo indeterminado, com vigência mínima de 12 meses.

5.1.1. Tratando-se de contratação presencial, o início de vigência se dará a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão -Individual/Familiar, da assinatura do Instrumento Jurídico ou da data de pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.1.2. Caso a contratação seja realizada por meio eletrônico, o início de vigência se dará com o efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária do plano de saúde após a finalização do processo de contratação.

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

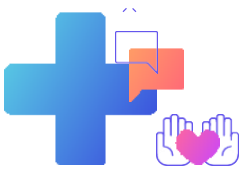
Cláusula Sexta – Períodos de Carência

6.1. Para ter direito às coberturas e procedimentos garantidos pelo presente Contrato, os beneficiários deverão cumprir as carências descritas no quadro a seguir, que serão contadas a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano.

Grupos de carência	Cobertura	Prazos de carências
Grupo 0	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas.	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 2	Exames, terapias e procedimentos não abrangidos pelos demais grupos de carência, além de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais com porte anestésico zero.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 3	Internações hospitalares, procedimentos (exames e terapias) de alta complexidade-PAC, assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS e procedimentos cirúrgicos com utilização de anestesia.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 4	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

Cláusula Sétima – Doenças ou Lesões Preexistentes

7.1. Serão consideradas DLP's aquelas sobre as quais o beneficiário ou seu responsável tenha prévio conhecimento, tanto em relação à sua saúde quanto a de todos os dependentes, no momento da contratação ou adesão ao plano, observadas as condições a seguir:



7.2. O beneficiário deverá informar, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do Contrato por parte da **OPERADORA**.

7.3. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **OPERADORA**, sem qualquer ônus.

7.4. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **OPERADORA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário tenha conhecimento em ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao presente Contrato, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.5. É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **OPERADORA**, com vistas a sua admissão no presente Contrato.

7.6. Sendo constatada por perícia, e/ou na entrevista qualificada, ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **OPERADORA** oferecerá a CPT.

7.7. A CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de adesão do beneficiário ao presente Contrato, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

7.7.1. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao presente Contrato, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação do plano contratado.

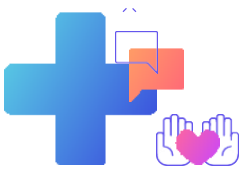
7.8. A **OPERADORA** se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o Parágrafo Primeiro do artigo 6º da Resolução Normativa ("RN") nº 162/07 e suas posteriores alterações.

7.9. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

7.10. Identificado qualquer indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao presente Contrato, a **OPERADORA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário, através de Termo de Comunicação ao beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 da RN 162/07 e suas posteriores alterações, e poderá:

- I. Oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao presente Contrato; ou
- II. Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT, nos termos da RN 162/07 e suas posteriores alterações.

7.11. Nos casos em que houver acordo de CPT, a **OPERADORA** não poderá solicitar abertura de processo



administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT.

7.12. Em caso de abertura de processo administrativo, não haverá a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato do beneficiário, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

7.13. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a **OPERADORA** poderá excluir o beneficiário por fraude e responsabilizá-lo pelas despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, referente à doença ou lesão não declarada.

Cláusula Oitava – Atendimento de Urgência e Emergência

8.1. É garantida pela **OPERADORA** cobertura dos atendimentos nos casos de urgência e de emergência médicas, assim definidas:

- I. **Emergência:** situações que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizadas em declaração do médico assistente;
- II. **Urgência:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Condições para atendimento de urgência e emergência para planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

8.2. É garantida a cobertura para atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do Contrato.

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

8.4. É garantida a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, observando-se as seguintes peculiaridades:

- I. Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
- II. Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias: (a) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas; (b) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará; (c) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da **OPERADORA**; e (d) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

8.5. Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP's.



8.6. Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

Condições para atendimento de urgência e emergência para plano com segmentação Referência

8.7. Cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

8.8. Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP's.

Ressarcimento em Casos de Urgência e Emergência

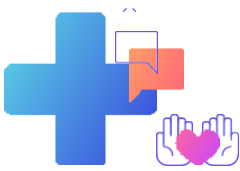
8.9. A **OPERADORA** garantirá o ressarcimento, no limite das obrigações contratuais previstas nesse Contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou seus dependentes, com assistência à saúde, nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços referenciados pela **OPERADORA**, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado.

8.10. O ressarcimento de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência praticada pela **OPERADORA** junto à rede referenciada do plano, vigente à data do evento a ser ressarcido. A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos. O valor do ressarcimento não será inferior ao valor praticado pela **OPERADORA** com a rede referenciada para o plano do beneficiário.

8.11. O prazo para a **OPERADORA** efetuar o ressarcimento será, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos originais a seguir mencionados, para pagamento de acordo com os limites estabelecidos neste Contrato:

- I. Solicitação de ressarcimento através de preenchimento de formulário próprio;
- II. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, Classificação Internacional de Doenças ("CID") da doença básica, descrição das complicações, quando for o caso, e relatório de alta;
- III. Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, junto a notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- IV. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM's, discriminando funções e evento a que se referem;
- V. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo-patológico decorrente de procedimento cirúrgico.

8.12. Os beneficiários terão até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência, para solicitar o ressarcimento, sob pena de prescrição desse direito, tal como determina o Código Civil.



8.12.1. Só serão ressarcidas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência. O valor correspondente à coparticipação (se houver) será deduzido do valor a ser ressarcido ao beneficiário.

Remoção para planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

8.13. Será garantida a cobertura para a remoção apenas quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado previsto neste Contrato.

8.14. A **OPERADORA** fica responsável pela remoção do beneficiário, para unidade de atendimento da rede do plano após a realização dos atendimentos, classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente beneficiário.

8.15. A **OPERADORA** fica responsável também pela remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

8.16. Nos casos em que o beneficiário necessitar de atendimento que ainda estiver cumprindo o prazo de carência ou nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP's, será garantida a sua remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para uma unidade integrante do Sistema Único de Saúde ("SUS"), que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. Na remoção, a **OPERADORA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

8.17. Quando o paciente beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da especificada na cláusula anterior, a **OPERADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

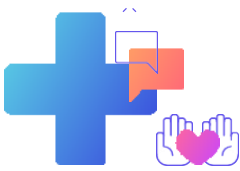
8.18. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **OPERADORA**, desse ônus.

Remoção para o plano com segmentação Referência

8.19. Será garantida a cobertura para a remoção apenas quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado previsto neste Contrato.

8.20. A **OPERADORA** fica responsável pela remoção do beneficiário, para unidade de atendimento da rede do plano após a realização dos atendimentos, classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente beneficiário.

8.21. Nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP, será garantida a remoção do



beneficiário, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para uma unidade integrante do SUS - Sistema Único de Saúde, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. Na remoção, a **OPERADORA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

8.22. Quando o paciente beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da especificada no artigo anterior, a **OPERADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.23. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **OPERADORA**, desse ônus.

Reembolso em Casos de Atendimentos de Urgência e/ou Emergência realizados fora da Área de Abrangência e Atuação do Plano

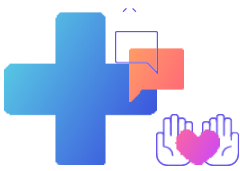
8.24. A **OPERADORA** garantirá o reembolso, no limite das obrigações contratuais previstas nesse Contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou seus dependentes com assistência à saúde, exclusivamente, para eventos caracterizados como Urgência e/ou Emergência ocorridos dentro do território nacional e fora da área de abrangência geográfica e de atuação do plano contratado, enquanto perdurar o estado de Urgência e/ou Emergência.

8.25. O reembolso de que trata a cláusula anterior será limitado e calculado de acordo com os valores da Tabela de Referência praticada pela **OPERADORA**, devidamente registrada junto ao 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos das Pessoas Jurídicas de São Paulo – SP, que inclui, mas não se limita, a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos.

8.26. O prazo para a **OPERADORA** efetuar o reembolso será, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos originais a seguir mencionados:

- I. Solicitação de reembolso;
- II. Relatório detalhado do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, Classificação Internacional de Doenças ("CID") da doença básica, descrição das complicações, quando for o caso, e relatório de alta;
- III. Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, diárias, taxas e honorários médicos, junto com as notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- IV. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM's, endereço e telefone do local de atendimento, discriminando funções e evento a que se referem.
- V. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e serviços complementares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo-patológico decorrente de procedimento cirúrgico, quando o caso.

8.27. O valor correspondente à coparticipação, se houver, será deduzido do valor a ser ressarcido ao



beneficiário.

8.28. Caso o Beneficiário esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT para determinada Doença ou Lesão Preexistente, a cobertura para atendimento de Urgência e/ou Emergência decorrente e/ou relacionado a essas doenças cessará imediatamente, mesmo antes das primeiras 12 (doze) horas do atendimento, caso haja a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade.

8.29. O(A) beneficiário(a) terá até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência, para solicitar o ressarcimento, sob pena de prescrição desse direito, tal como disposto pelo Código Civil.

Cláusula Nona – Mecanismos de Regulação

9.1. Incidem nesse contrato os mecanismos de regulação de porta de entrada, direcionamento e hierarquização de acesso e serviços, autorização prévia e coparticipação.

Cartão de identificação

9.2. Os beneficiários regularmente inscritos e ativos no sistema da **OPERADORA**, terão acesso ao Cartão de Identificação Virtual (“Carteirinha Virtual”), via aplicativo e gratuitamente, contendo as características básicas do plano contratado. O beneficiário poderá imprimir a Carteirinha Virtual através do Portal da **OPERADORA** - www.qsaude.com.br

9.3. O beneficiário possui o direito de solicitar a Carteirinha Virtual em sua forma física, mediante o solicitação.

9.4. Para a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato é condição obrigatória a apresentação, pelo beneficiário, da Carteirinha Virtual, acompanhada de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

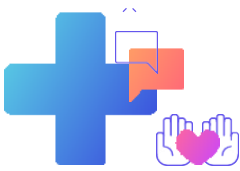
9.5. O uso indevido da Carteirinha Virtual, de qualquer beneficiário, durante a vigência ou após a rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ensejará o ressarcimento das despesas pelo beneficiário titular, bem como sua exclusão do plano.

Validação Prévia de Procedimentos (“VPP”)

9.6. Para a realização dos procedimentos cobertos por este Contrato é obrigatório que o beneficiário observe as regras de acesso e de porta de entrada ora previstas, sobretudo a necessidade de sempre buscar o Médico de Família ou o Médico Especialista da Unidade referenciada da **OPERADORA** (neste caso, quando houver o encaminhamento do Médico de Família), para que este possa realizar os encaminhamentos e solicitações de Validação Prévia de Procedimentos (“VPP”), salvo para os casos de urgência e emergência.

9.7. A VPP será concedida pela **OPERADORA** após análise das solicitações especificadas pelo Médico de Família ou pelo Médico Especialista (quando encaminhado pelo Médico de Família), observando-se que:

- I. Haverá a hierarquização dos serviços assistenciais, com o estabelecimento de níveis de complexidade da atenção à saúde, de acordo com a necessidade de cada beneficiário;
- II. Haverá o direcionamento ao centro de referência para internações clínicas e cirúrgicas, com



acompanhamento do corpo clínico da **OPERADORA**;

- III. Haverá o direcionamento de Centros de Diagnósticos e Terapêuticos de Referência para a realização de exames complementares e terapias diversas;

9.8. A VPP será dada de acordo com a regulamentação vigente, obedecendo-se, em todos os casos, os prazos máximos de atendimento previstos pela ANS.

Divergências Médicas

9.9. As divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas aos serviços cobertos pelo plano serão resolvidas por Junta Médica, de acordo com a normativa vigente à época da solicitação. A Junta Médica será constituída pelo profissional solicitante, por médico da **OPERADORA** e por um terceiro, que poderá ser escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **OPERADORA**.

9.10. Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, conforme disposto na legislação vigente.

Condições de Atendimento/Porta de Entrada/Direcionamento e Hierarquização

9.11. A **OPERADORA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, desde que atendidas as condições previstas nas cláusulas a seguir:

9.12. Para utilizar o sistema de saúde (plano) e ter acesso a toda cobertura garantida, o beneficiário deve estar ciente de que este contrato não possui livre escolha de prestadores e, portanto, seu atendimento deverá ser realizado obrigatoriamente na Unidade Referenciada da **OPERADORA**, por intermédio do Médico de Família e apenas este poderá realizar o encaminhamento/direcionamento ao Médico Especialista.

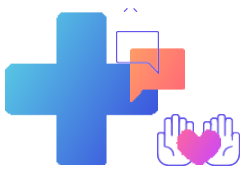
9.13. O médico de família é o profissional especializado que atua na atenção primária, capacitado a promover saúde, prevenir e tratar doenças desde crianças a idosos.

9.14. Os atendimentos de urgência e emergência estão excluídos da regra supracitada, não sendo necessário/obrigatório que o beneficiário busque previamente o Médico de Família para ser atendido nessas situações.

9.15. O beneficiário que for direcionado pelo **TimeQ**, via APP, telefone ou outro meio disponível ao pronto-socorro, estará desobrigado do pagamento da coparticipação.

9.16. Os beneficiários, ao aderirem ao Plano, deverão preencher o Questionário de Saúde via APP ou em sua primeira consulta com o Médico de Família. O Questionário de Saúde relaciona questões sobre a saúde e qualidade de vida do beneficiário e objetiva avaliar o seu perfil, gerando ações de promoções em saúde e prevenção de doenças, para que a **OPERADORA** possa gerenciá-lo e direcioná-lo por intermédio do Médico de Família dentro do sistema de saúde.

9.17. Caso o Médico de Família entenda pela necessidade do encaminhamento/direcionamento ao Médico Especialista, terá o beneficiário o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados do documento de encaminhamento, para utilizar o encaminhamento junto ao Médico Especialista.



9.18. O Médico Especialista será responsável pelo tratamento das afecções específicas do beneficiário, encaminhados pelo Médico de Família, mantendo as demandas desse último (referência e contrarreferência).

9.19. O beneficiário deverá observar as orientações previstas em sua linha do cuidado, a qual indicará a necessidade de realizar procedimentos, como exame, terapia e consulta médica para acompanhamento/avaliação.

9.20. Obrigatoriamente, o beneficiário deve agendar uma consulta com um Médico de Família, para que este o encaminhe ao Médico Especialista, quando necessário.

9.21. A regra supracitada não é aplicável para o agendamento na especialidade de Oftalmologia, situação nas qual o beneficiário poderá acessá-las sem a necessidade de consulta prévia com o Médico de Família e o respectivo direcionamento.

9.22. As internações poderão ser requisitadas pelo Médico de Família, pelo Médico Especialista e pelo Médico do pronto-socorro, sendo o beneficiário acompanhado pelo Médico Assistente, integrante da rede referenciada, durante o período de internação.

9.23. As internações serão direcionadas à **OPERADORA**, com acompanhamento realizado por seu corpo clínico, nos casos determinados pelo **TimeQ**.

9.24. Havendo direcionamento feito pelo **TimeQ**, o Médico de Família poderá se comunicar com o Hospital e avaliar o plano terapêutico prescrito pela equipe responsável pelo atendimento do beneficiário.

9.25. Os serviços auxiliares de diagnóstico e terapias serão direcionados aos Centros de Diagnósticos e Terapêuticos de Referência.

9.26. Todos os atendimentos ambulatoriais realizados pelos beneficiários, seja por intermédio do Médico de Família, Médico Especialista e/ou demais profissionais ou instituições de saúde, serão registrados em prontuário eletrônico. Essas informações alimentarão e permitirão o controle e readequação do perfil de saúde do beneficiário e, conseqüentemente, a linha do cuidado adequada, sendo tais dados pessoais coletados e manipulados em conformidade com o disposto na Cláusula Décima Quarta deste Contrato, com as políticas internas da **OPERADORA** e dos prestadores, e com a legislação aplicável.

9.27. O acesso ao prontuário eletrônico e, conseqüentemente, as informações serão controlados e seguros, mediante login e senha, conforme as regras de confidencialidade e de sigilo médico, permitindo que a equipe médica responsável pelo atendimento do beneficiário possua acesso às informações do paciente quando necessário e em conformidade com a Cláusula Décima Quarta deste Contrato, com as políticas internas de segurança da **OPERADORA** e dos prestadores, e com a legislação aplicável.

Rede Referenciada

9.28. A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais colocados à disposição dos beneficiários pela **OPERADORA**, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

9.29. A **OPERADORA** se compromete em credenciar prestadores de serviços que estejam focados com modelos de remuneração sustentáveis, objetivando a melhor experiência de saúde a seus beneficiários e contribuindo com a melhoria do sistema de saúde.



9.30. A **OPERADORA** efetuará, por conta e ordem do beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da rede referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados.

9.31. Nestas situações, o beneficiário não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições deste Contrato, inclusive os casos previstos de VPP e o plano contratado.

9.32. A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios prestadores ou da **OPERADORA**, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o art. 17 da Lei nº 9.656/98.

9.33. Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos beneficiários, de acordo com o plano contratado.

9.34. Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação da Carteira Virtual, documento de identidade e ter a validação prévia de procedimentos, quando necessária.

9.35. A relação da rede referenciada, conforme conceito do plano, será disponibilizada por meio físico (quando solicitada pelo beneficiário), através do www.qsaude.com.br, via app, ou, ainda, por meio dos canais de atendimento 3003-9151 (telefone) e (11)3003-9151 (whatsapp).

9.36. Os procedimentos e eventos poderão ser solicitados pelo médico assistente, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede referenciada da **OPERADORA**.

9.36.1. Nos casos de procedimentos e eventos solicitados por médico não pertencente a rede referenciada da **OPERADORA**, deverá o beneficiário obrigatoriamente dirigir-se ao Médico de Família para avaliação da solicitação.

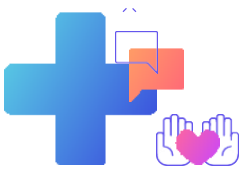
Da Coparticipação

9.37. O presente Contrato prevê a cobrança de coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização de determinados procedimentos.

9.38. A coparticipação será aplicável para os procedimentos abaixo, com valores fixos e únicos por evento:

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO EM R\$				REFERÊNCIA – INDIVIDUAL OU FAMILIAR
	PLANOS				
	Qconforto II	Qconforto Plus II	Qdemais II	Qtop II	
Atendimento em Pronto Socorro	R\$ 100,00 (cem) reais	R\$ 100,00 (cem) reais	R\$ 150,00 (cento e cinquenta) reais	R\$ 200,00 (duzentos) reais	R\$ 100,00 (cem) reais

9.39. A coparticipação não incidirá nos casos em que o beneficiário entre em contato com o TimeQ e este o encaminhe para o Pronto-Socorro, conforme cláusula 9.15.



9.40. O valor referente à coparticipação será reajustado anualmente, respeitando-se a data de aniversário do Contrato, de acordo com o índice de reajuste máximo autorizado pela ANS.

9.41. A coparticipação também incidirá após 30 dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, por ano de vigência do Contrato no percentual de 50% do valor contratado entre o Qsaúde e o respectivo prestador de serviço de saúde, nos termos da cláusula 3.38.

Cláusula Dez – Formação do Preço e Mensalidade

10.1. A formação do preço dos planos de saúde previstos no presente Contrato é pré-estabelecida.

10.2. O valor mensal a ser pago será constituído pela soma das mensalidades individuais de cada beneficiário vinculado ao presente Contrato, bem como eventuais valores de Coparticipação, que estarão disponíveis em um único boleto, sendo responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE** o pagamento desses valores.

10.3. Na hipótese de ter sido indicada na Proposta de Adesão pessoa diversa do **CONTRATANTE** como **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, caberá à este a responsabilidade pelos pagamentos dos valores referentes ao plano de saúde em favor do **CONTRATANTE**.

10.4. O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, no caso da hipótese acima destacada, não fará jus à prestação de serviços fornecida pela **OPERADORA**.

10.5. A **OPERADORA** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a este já vinculados, que estejam nas mesmas condições.

10.6. O valor inicial mensal relativo a cada beneficiário definido na vigência deste plano de saúde está expresso em cada uma das faixas etárias estipuladas na Proposta de Adesão – Individual/Familiar.

10.7. O vencimento dos valores mensais será aquele acordado entre as partes na Proposta de Adesão – Individual/Familiar. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito até o primeiro dia útil subsequente.

10.8. A fatura e o boleto para pagamento serão encaminhados para o e-mail informado na Proposta de Adesão – Individual/Familiar e estarão disponíveis na área restrita do beneficiário do Portal da **OPERADORA**.

10.9. Caso o **CONTRATANTE** e/ou **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** não receba o boleto para pagamento e/ou ainda o mesmo não esteja disponibilizado na área restrita do beneficiário do site da **OPERADORA**, conforme mencionado na cláusula anterior, em até 2 dias úteis antes do seu vencimento, deverá comunicar tal fato à **CONTRATADA**, sendo certo que o não recebimento da fatura ou do boleto não desobriga o **CONTRATANTE** e/ou **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento.

10.10. Ocorrendo impontualidade no pagamento, total ou parcial, do valor mensal do **CONTRATANTE** junto à **OPERADORA**, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos legais e contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos à coparticipação, ainda que futuramente exigidos, e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao Serviço de Proteção ao Crédito (“SPC”), Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**.



10.11. Caso o boleto de pagamento tenha vencimento para o dia 31, nos meses em que houver menor número de dias (28, 29 ou 30), o vencimento, automaticamente, será adiantado para o último dia do respectivo mês.

Cláusula Onze – Reajuste

11.1. Todos os preços previstos neste contrato serão reajustados anualmente de acordo com os índices definidos pela ANS;

11.2. Os valores relativos a mensalidade de cada beneficiário serão reajustados na data de aniversário do contrato, independente da data de inclusão dos beneficiários no plano;

11.3. Além dos reajustes acima previstos, haverá alteração de preço em razão da mudança de faixa etária, conforme cláusula abaixo destacada.

11.4. Caso a legislação venha a autorizar o reajuste por revisão técnica ou outra forma de reajuste para correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência a saúde, esta terá aplicação imediata ao contrato, seguindo as regras a serem expedidas pela ANS.

Cláusula Doze – Variação por Mudança de Faixas Etárias

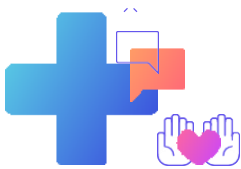
12.1. O valor da mensalidade será ajustado quando os beneficiários mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária sobre o valor da última mensalidade individual.

12.1.1. O ajuste da mensalidade incidirá quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao aniversário do beneficiário.

12.1.2. O ajuste por mudança de faixa etária não se confunde com o reajuste anual do Contrato.

12.2. A variação por faixa etária para fins deste contrato são as seguintes:

FAIXA ETÁRIA	Qconforto II	Qconforto Plus II	Qdemais II	Qtop II	Referência – Individual ou Familiar
00 – 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 – 23 anos	41,30%	41,30%	41,30%	41,30%	41,30%
24 – 28 anos	36,54%	36,54%	36,54%	36,54%	36,54%
29 – 33 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
34 – 38 anos	7,44%	7,44%	7,44%	7,44%	7,44%
39 – 43 anos	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%



44 – 48 anos	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%
49 – 53 anos	17,20%	17,20%	17,20%	17,20%	17,20%
54 – 58 anos	19,84%	19,84%	19,84%	19,84%	19,84%
59 anos ou mais	28,86%	28,86%	28,86%	28,86%	28,86%

12.3. Os percentuais estão definidos de acordo com as regras estabelecidas pela ANS na RN n.º 63/2003 e suas posteriores alterações.

12.4. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

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

12.6. As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

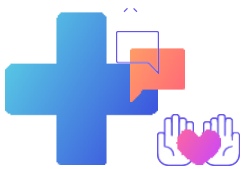
Cláusula Treze – Bônus e Descontos

13.1. Caso a **OPERADORA** passe a conceder bônus ou descontos aos seus beneficiários, estes serão tratados em Aditivos Contratuais.

Cláusula Quatoze– Proteção de Dados Pessoais

14.1. Para os fins deste Contrato, são considerados:

- I. "Dados pessoais": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados");
- II. "Dados Pessoais Sensíveis": dados pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
- III. "Tratamento": qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados;
- IV. "Titular": pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;
- V. "Controlador": pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;
- VI. "Prontuário Eletrônico": sistema de prontuário médico eletrônico, que inclui informações de saúde dos beneficiários do Plano de Saúde, de propriedade e operado pela OPERADORA;
- VII. "Prestadores" ou "Agentes de Saúde": médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde que



componham a rede referenciada do Plano de Saúde, assim como empresas e entidades de caráter hospitalar, ambulatorial, centros de diagnóstico e congêneres.

14.2. A **OPERADORA** declara, por este instrumento, que, na qualidade de controladora dos dados pessoais tratados, cumpre toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016) e a Lei Geral de Proteção de Dados (“LGPD”) (Lei Federal nº 13.709/2018).

14.3. Os dados do **CONTRATANTE** e eventuais dependentes obtidos por este Contrato e Proposta de Adesão e os demais dados pessoais constantes do Prontuário Eletrônico e do aplicativo “Q Saúde” são/serão tratados com base na tutela da saúde dos beneficiários, conforme os artigos 7º, VIII e 11, II, ‘f’ da LGPD, na utilização de informações de saúde para a condução de programas de promoção de saúde e de prevenção de doenças, bem como para o direcionamento dos pacientes para prestadores mais adequados para seus quadros, e sempre em respeito aos princípios da necessidade e finalidade, previstos pelo artigo 6º, I e III da LGPD. São/serão coletados e tratados pela **OPERADORA** apenas os dados pessoais necessários e pertinentes à finalidade de prestação de serviço de assistência à saúde do beneficiário.

14.3.1. Fica o **CONTRATANTE** ciente de que, em alguns casos, a base legal para o tratamento de dados pessoais será outra, como no caso de manutenção do prontuário pelo prazo legal e envio de informações à ANS (cumprimento de obrigação legal ou regulatória) e envio de boleto ao beneficiário para pagamento da mensalidade (exercício regular de direito em contrato) . Em todos os tratamentos de dados pessoais, serão observadas as disposições e os princípios da LGPD.

14.4. Os dados pessoais do **CONTRATANTE** incluídos no Prontuário Eletrônico permanecerão no sistema da **OPERADORA** mesmo após o término da relação entre as partes, por, no mínimo, 20 (vinte) anos após o último registro, em cumprimento à Lei nº 13.787/2018, no caso de documentos em papel ou digitalizados, e de forma permanente no caso dos prontuário eletrônicos, conforme a Resolução CFM nº 1821/2007. Outros dados poderão ser mantidos após o encerramento contrato, se houver determinação legal/regulatória ou nas hipóteses do artigo 16 da LGPD. Os dados e documentos que não precisem ser mantidos após o encerramento deste Contrato serão devidamente descartados pela **OPERADORA**.

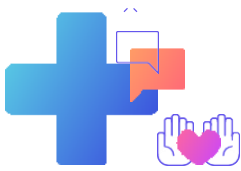
14.5. As informações, obrigações, direitos e outros pontos referentes à proteção dos dados pessoais do **CONTRATANTE** pela **OPERADORA** estão contidos na Proposta de Adesão, que é parte integrante deste Contrato e deverá ser cumprida pela **OPERADORA** durante a vigência deste Contrato.

Cláusula Quinze – Condições de Perda da Qualidade de Beneficiário

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

- I. Pela rescisão do presente contrato;
- II. Por Fraude, apurada de acordo com a legislação vigente;
- III. Por morte.

15.1.1. A exclusão do beneficiário titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.



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

- I. Pela perda da condição de dependência, prevista na Cláusula Segunda – Condições de Admissão;
- II. A pedido do beneficiário titular;
- III. Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- IV. Pela rescisão do presente Contrato;
- V. Por morte.

Cláusula Dezesseis – Rescisão

16.1. O presente contrato somente poderá ser rescindido unilateralmente por parte da **CONTRATADA** nas seguintes hipóteses:

- I. Por fraude comprovada;
- II. Por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, e tendo sido o **CONTRATANTE** notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

16.1.1. Entende-se por notificação, a comunicação realizada pela **OPERADORA** ao **CONTRATANTE** por meio de, mas não se limitando: notificação por via postal com aviso de recebimento, correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, destinado ao endereço fornecido pelo **CONTRATANTE**; aplicativos que permitem a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de leitura pelo destinatário; ligações gravadas, com confirmação de dados pelo interlocutor, via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da **OPERADORA** e envio de torpedos (SMS), com aviso de leitura pelo destinatário.

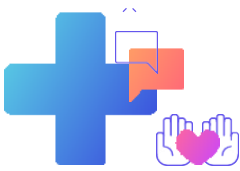
16.2. Na hipótese de rescisão imotivada por parte do **CONTRATANTE**, antes do período de vigência mínima de 12 (doze) meses previsto na cláusula 5.1, deverá o **CONTRATANTE** pagar a título de multa rescisória o importe de 10% (dez por cento) sobre o valor das mensalidades restantes para se completar o período de vigência mínima.

16.3. Caso a contratação seja realização por meio eletrônico, será facultado o direito de arrependimento ao **CONTRATANTE** em até 7 (sete) dias a contar da vigência inicial do contrato, prevista na cláusula 5.1.2.

Cláusula Dezesete – Transferência entre Planos

17.1. Durante a vigência deste Contrato, poderá ocorrer a transferência dos beneficiários para outros planos, desde que atendidas as condições abaixo dispostas.

17.2. A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no plano.



17.2.1. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro plano, devidamente registrado junto à ANS, com número de registro próprio e distinto do plano de origem.

17.3. Para qualquer um dos planos de categoria superior poderá ocorrer no mês de aniversário do Contrato, quando solicitada formalmente pelo **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, passando a vigorar no mês subsequente, na data de vigência do contrato.

17.4. Nas transferências para planos de categoria superior, os beneficiários deverão cumprir 180 (cento e oitenta) dias de carência para novas coberturas, rede referenciada específica do novo plano e novo padrão de acomodação em internação.

17.5. Até o vencimento das novas carências, serão respeitadas as carências já cumpridas no plano anterior, de maneira que os beneficiários possam continuar usufruindo de todos os recursos do plano anterior.

Cláusula Dezoito – Disposição Gerais

18.1. Faz parte deste Contrato o Manual de Orientação para Contratação do Plano de Saúde (“MPS”), o Guia de Leitura Contratual (“GLC”), a Proposta de Adesão – Individual/Familiar e outros documentos que possam ser inseridos.

18.2. O **CONTRATANTE** reconhece e aceita que a operação do plano de saúde sujeita-se às normas e regulamentos da ANS. Desta forma, poderá a **OPERADORA** ser demandada pela referida agência reguladora a apresentar documentos, informar dados, realizar ou abster-se de realizar procedimentos, entre outros.

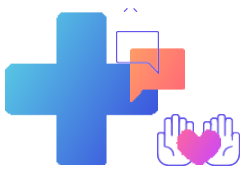
18.3. Sempre que a **OPERADORA** for solicitada pela agência reguladora mencionada ou outra autoridade pública a apresentar dados pessoais de beneficiários, como conceituado na Lei nº 13.709/2018, compromete-se a **OPERADORA** a seguir estritamente o disposto naquela lei para o compartilhamento de dados com entes da Administração Pública, protegendo, sempre que possível, a privacidade dos beneficiários, nos termos da legislação aplicável e da cláusula Décima Quarta (Proteção de Dados Pessoais).

18.4. As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina, além de demais leis e diretivas aplicáveis à proteção da privacidade e dos dados pessoais do beneficiário, como disposto na cláusula Décima Quarta (Proteção de Dados Pessoais).

18.5. Este Contrato foi elaborado em conformidade com a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste de condições.

18.6. Toda e qualquer alteração que se fizer necessária nas condições estabelecidas neste Contrato, em decorrência de norma será previamente comunicada por escrito ao **CONTRATANTE**. Entretanto, se a alteração não decorrer de norma, deverá ser previamente negociada e acordada por escrito, por meio de aditivo contratual, com o **CONTRATANTE**, para passar a ser exigível.

18.7. O não exercício ou o atraso no exercício, por qualquer das partes, de qualquer direito que seja assegurado por este Contrato, não constituirá novação ou renúncia de tal direito, nem prejudicará o eventual exercício do mesmo ou sua execução.



18.8. Caso qualquer disposição do presente Contrato seja considerada nula, ilegal ou inexecutável, as partes deverão negociar de boa-fé, de forma a chegar a um acordo na redação de uma nova cláusula que seja satisfatória e reflita suas intenções, conforme expressas no presente Contrato, a qual substituirá aquela considerada nula, ilegal ou inexecutável, mantendo-se rígida a nova cláusula.

18.9. Este Contrato foi elaborado considerando o Rol de Procedimentos vigente no momento de início de sua vigência. Qualquer alteração no Rol de Procedimentos da ANS, atualmente previsto, altera automaticamente o presente Contrato, nos termos da normatização da ANS, ficando desde já o **CONTRATANTE** ciente dessa possibilidade.

18.10. A **OPERADORA** disponibiliza o MPS e o GLC por meio do site www.qsaude.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo **CONTRATANTE** e pelo beneficiário, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a ANS.

18.11. O **CONTRATANTE** terá acesso ao aplicativo Qsaúde, que é voltado unicamente à melhor prestação de assistência à saúde. O aplicativo oferece, mas não se limita, as seguintes funcionalidades: agendamento e histórico de consultas, atualização de ficha médica, possibilidade de tirar dúvidas com o TimeQ e questionários sobre a saúde do beneficiário para criação de “Plano de Cuidados” personalizado.

18.12. Autorizo desde já o uso de minhas postagens em redes sociais, que envolvam ou mencionem a **OPERADORA**, para fins institucionais, bem como para campanhas de comunicação em (i) outdoor; (ii) busdoor; (iii) folhetos em geral, tais como encartes, mala direta, catálogo; (iv) folder de apresentação; (v) anúncios em revistas e jornais em geral; (vi) ambiente de internet; (vii) cartazes; (viii) back-light; (ix) redes sociais; (x) mídia eletrônica, tais como painéis, videoteipes, televisão, cinema, programa para rádio; (xi) plataforma de treinamentos; (xii) televisão corporativa, bem como no site – <https://www.qsaude.com.br> - e Redes Sociais – LinkedIn, Facebook, e Instagram e YouTube -, mas não se limitando, podendo ser reproduzidas ao público geral, em todo material publicitário e meios da mídia eletrônica e impressa, bem como nos demais meios de comunicação existentes, e, especificamente, para a divulgação dos produtos e serviços ofertados pela **OPERADORA**.

18.13. As partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP- BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória n.º 2.200/2001 em vigor no Brasil.

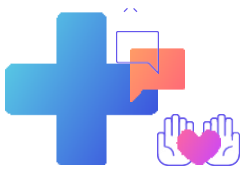
18.14. DEFINIÇÕES:

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que envolvem a assistência suplementar à saúde;

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a **OPERADORA** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos;

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: formulário que acompanha a Proposta de Adesão – Individual/Familiar, em que o



beneficiário ou seu representante legal é obrigado a informar à **OPERADORA**, quando expressamente solicitado, as Doenças ou Lesões Preexistentes – DPL que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano;

CONTRATANTE: é a pessoa, física ou jurídica, que propõe a contratação do plano de saúde;

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: pessoa, física ou jurídica, diversa da pessoa que propõe a contratação do plano de saúde, responsável, apenas e tão somente, pelo pagamento em favor do contratante, sem, contudo, fazer jus à prestação de serviços fornecida pela **OPERADORA** aos beneficiários do contrato;

PROPOSTA DE ADESÃO: documento elaborado pela **OPERADORA** (composto dos dados cadastrais, carta de orientação ao beneficiário, declaração de saúde e aditivo de redução de carências, se houver), pelo qual os beneficiários serão inscritos no transcorrer do presente contrato, que atendidas as condições, integrará o presente Contrato para todos os fins de direito;

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial, a ser paga após a realização de determinados procedimentos;

DIRECIONAMENTO E HIERARQUIZAÇÃO: mecanismo de regulação (CONSU n° 08/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para a realização de consultas, internações, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e demais procedimentos (excetuada urgência e emergência) na Unidade Referenciada da **OPERADORA** ou, na sua substituição, para as unidades de atendimento indicadas pela **OPERADORA**;

LINHA DO CUIDADO: plano de tratamento contínuo composto por ações de promoção e eventos de saúde, como consultas e exames, que visam a prevenção, o tratamento e a reabilitação, direcionando o beneficiário, por meio de uma rede estruturada, para um atendimento individualizado;

MÉDICO ESPECIALISTA: é o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, responsável pelo tratamento das afecções específicas do beneficiário, respondendo às demandas do Médico de Família;

MÉDICO DE FAMÍLIA: O médico de família é o profissional especializado que atua na atenção primária, capacitado a promover saúde, prevenir e tratar doenças desde crianças a idosos;

PORTA DE ENTRADA: mecanismo de regulação (CONSU n° 08/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento primário, avaliação e acompanhamento (excetuada urgência e emergência) na Unidade Referenciada da **OPERADORA** ou, na sua substituição, para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela **OPERADORA**, sendo o beneficiário, caso seja necessário, encaminhado para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares;

GUIAQ ADMINISTRATIVO: equipe da **OPERADORA** composta por **CONSULTORES DE RELACIONAMENTO Q**, que tirarão suas dúvidas e auxiliarão no uso dos serviços do plano criado para sua saúde;

GUIAQ DA SAÚDE: equipe formada por profissionais de saúde que lhe auxiliarão a ter o melhor cuidado, trabalhando lado a lado com o seu médico de família;

TIMEQ: equipe da **OPERADORA** composta por profissionais de saúde e/ou prestadores de serviços médicos;

UNIDADE REFERENCIADA DA OPERADORA: unidade ambulatorial composta por médicos de diversas especialidades, podendo variar por unidade, na qual será realizado o atendimento e acompanhamento da saúde



dos beneficiários (excetuada urgência e emergência);

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS: cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por **OPERADORA** de plano privado de assistência à saúde, de acordo com a segmentação do plano contratado.

Cláusula Dezenove – Foro de Eleição

19.1. Fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem assim justas e contratados, firmam o presente Contrato em duas vias de igual teor e forma.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

OPERADORA

CONTRATANTE

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA:

Nome:

Nome:

CPF:

CPF: