

**BEM SAÚDE
PLANO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA-HOSPITALAR S/C LTDA.**

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**
Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Registro Provisório da Operadora na ANS nº 36.656-1

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Registros Provisórios dos Produtos na ANS:

Sem vínculo empregatício – Enfermaria n.º 423.639/99-4

Sem vínculo empregatício – Apartamento n.º 423.640/99-8

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado como **CONTRATANTE ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ILHA SOLTEIRA – ACIIS**, com sede na cidade de Ilha Solteira, Estado de São Paulo, situada no Centro Comercial Norte nº 566-B, Bairro Zona Norte, inscrita no CNPJ sob nº 47.761.044/0001-06, Inscrição Estadual Isento, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, pelo Presidente Sr. Manoel Porfírio dos Santos, portador do RG nº 14.837.133 – SSP – SP e CPF/MF nº 038.750.018-93, e outro lado, na qualidade de **CONTRATADA, BEMSAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR S/C LTDA.**, com sede na Cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, na Rua XV de Novembro nº 4488, inscrita no CGC/MF sob nº 02.849.393/0001-38, registrada, nos termos da Lei n.º 23.311, neste ato representada na forma dos seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

Cláusula Primeira
DAS PARTES

- 1.1. A CONTRATADA**, opera planos privados de assistência à Saúde, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios e/ou contratando, mediante credenciamento, terceiros técnica e legalmente habilitados para tanto, se obriga a cobrir, aos diretores, empregados, associados ou filiados da **CONTRATANTE**, bem como seus dependentes, definidos estes em Cláusula específica deste Contrato, quando optarem, expressamente, por sua adesão ao Plano, as coberturas de assistência médico-hospitalar-ambulatorial prevista no presente instrumento.

Cláusula Segunda
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO

- 2.1.** O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde, reveste-se de características bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 1.092 e 1.093 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avenca, como um

Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 1.118 a 1.121 do mesmo Código, assumindo seus **ADERENTES**, o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da empresa **CONTRATADA** em garanti-la. Outrossim, este contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

Cláusula Terceira
DO PLANO DE SAÚDE

- 3.1. A CONTRATADA** colocará à disposição dos **ADERENTES** ao presente Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência ora contratada, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do “Manual de Orientação do Beneficiário” anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos efeitos legais.
- 3.2 A CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado “Manual de Orientação do Beneficiário”, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificação técnicas equivalentes às dos substituídos.
- 3.2.1.** Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá dar ciência escrita à **CONTRATANTE** e à **ANS**, assim como aos aderentes do presente Plano, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 3.3. A CONTRATADA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da ANS, proceder à redução de quantidade de hospitais referenciados no referido “Manual de Orientação do Beneficiário”.
- 3.4.** Em ocorrendo as substituições a que aludem os itens 3.2 e 3.3 supra, os beneficiários-aderentes terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da **CONTRATADA**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.
- 3.5.** Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários-aderentes, regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**.
- 3.6.** Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente-beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

Cláusula Quarta
DOS BENEFICIÁRIOS

- 4.1. São considerados beneficiários deste Contrato todos os diretores, empregados, associados ou filiados (beneficiários titulares) da **CONTRATANTE**, assim como seus respectivos dependentes (beneficiários dependentes), que tenham, expressamente, aderido ao presente Contrato.
- 4.2. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:
 - 4.2.1. Esposo (a) ou companheiro (a), esta última assim indicada na CTPS do titular;
 - 4.2.2. Filhos, solteiros, menores de 18 (dezoito) anos (para os do sexo masculino) e de 21 (vinte e um anos) para os de sexo feminino; e
 - 4.2.3. Filhos (as), solteiros (as), inválidos (as).
- 4.3. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, a comprovação de relação de dependente, aqui especificada.

Cláusula Quinta
DA ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A **CONTRATANTE** providenciará a adesão dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, através Termos de Adesão Individuais, próprios da **CONTRATADA**, a serem por ela fornecidos sempre que necessário.
- 5.2. As alterações no quadro pessoal, associativo ou de filiados da **CONTRATANTE**, decorrentes de admissões ou demissões, novas associações ou filiações, assim como as desistências das adesões manifestadas, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, no mesmo dia em que ocorrer o fato.
- 5.3. O beneficiário afastado, temporariamente, da **CONTRATANTE**, durante a vigência deste Contrato, somente terá direito de utilizar os serviços ora contratados caso seja mantida a sua adesão ao Plano, com o pagamento mensal da competente taxa, respeitadas as normas deste instrumento, considerando-se como afastamento temporário, para efeitos deste Contrato, os casos de auxílio-doença.
- 5.4. A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal, associativo ou de filiados.
- 5.5. Somente será excluído do presente Contrato, aquele que deixar de pertencer ao quadro de pessoal, associativo ou de filiados da **CONTRATANTE**, ou que expressar a sua desistência pela adesão manifestada, cessando, por consequência, os seus direitos e os de seus dependentes, com exceção dos casos dispostos nos subitens abaixo.
 - 5.5.1. Aos beneficiários-aderentes, **com vínculo empregatício** com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, por haverem sido **dispensados sem justa causa**, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assumo o pagamento

integral do mesmo, obrigatoriamente junto com seus dependentes, inscritos como tal. A permanência do Plano ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

5.5.1.1. A permanência no Plano, prevista no presente item, será por período igual a um terço do tempo de contribuição para o plano, **sendo assegurado ao beneficiário, um período mínimo de seis meses e máximo de vinte e quatro meses.**

5.5.2 Aos beneficiários-aderentes, **com vínculo empregatício** com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, por haverem **adquirido direito à aposentadoria**, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo, obrigatoriamente junto com seus dependentes, inscritos como tal. A permanência no Plano ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

5.5.2.1. Se o aposentado **contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a 10 (dez) anos**, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, **à razão de um ano para cada ano de contribuição.**

5.5.2.2. Se o aposentado **contribuiu para o presente plano por período inferior a 10 (dez) anos**, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiários, **à razão de um ano para cada ano de contribuição.**

5.5.3. A opção por permanecer no presente Contrato, nos termos dos subitens 5.5.1. e 5.5.2., deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

5.5.4. Em caso de morte do beneficiário titular, durante o gozo dos benefícios previstos nos subitens 5.5.1. e 5.5.2., os seus dependentes cobertos pelo Plano terão direito de permanência, durante os períodos fixados e mediante o pagamento da respectiva taxa mensal a eles correspondente

5.6. Os filhos dos beneficiários **ADERENTES** ao presente Plano, nascidos ou adotados (recém nascidos) na vigência deste Contrato, e neste incluído até 30 dias após a data do nascimento, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência, além de quando nascidos de partos cobertos pelo presente Contrato, não estarão sujeitos a alegação pela **CONTRATADA**, de doenças ou lesões preexistentes, não se sujeitando as coberturas parciais temporárias ou agravos nos valores das taxas mensais, conforme previsto na cláusula 7.7. deste Instrumento.

5.6.1. Em casos de inscrição de filhos do (a) **ADERENTE**, menores de doze (12) anos de idade, adotados durante a vigência do presente Contrato, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante.

5.7. A exclusão dos beneficiários principais dar-se-á, automaticamente, com a desvinculação do empregado, associado ou filiado da **CONTRATANTE**, desde que não manifestado, pelos mesmos, **quando houver vínculo empregatício**, o interesse em permanecer no plano, nos termos dos subitens 5.5.1. e 5.5.2. supra.

5.7.2. Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.

5.7.3. As despesas decorrentes do atendimento do empregado, associativo ou de filiados da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

5.8.1. A **CONTRATANTE**, nos contratos com vínculos empregatícios, deverá enviar, mensalmente à **CONTRATADA** xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

Cláusula Sexta **DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

6.1. A **CONTRATADA** fornecerá à **CONTRATANTE**, para entrega aos aderentes do Plano, diretores, empregados, associados ou filiados e dependentes Cartões de Identificação, que serão exibidos sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento de identificação do beneficiário paciente.

Cláusula Sétima **DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO**

7.1. Está compreendido neste Contrato o atendimento **AMBULATORIAL** a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, de acordo com o rol de procedimentos vigente, reproduzido no anexo do presente, que fica fazendo parte integrante do Contrato. Estão incluídas, no referido atendimento, as **CONSULTAS MÉDICAS** e **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**, inclusive obstétricas para pré-natal, em números ilimitados, em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, expressamente indicados no “Manual de Orientação do Beneficiário, em anexo”.

7.2. Os beneficiários-aderentes a este Contrato e seus dependentes terão direito, também, a cobertura de **INTERNAÇÕES HOSPITALARES**, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, de acordo com o rol de procedimentos vigente, reproduzido no anexo ao presente, que fica fazendo parte integrante do Contrato, desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA**.

7.2.1. Estão Incluídas no presente Contrato, em casos de internações hospitalares:

7.2.1.1. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

- 7.2.1.2. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 7.2.1.3. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 7.2.1.4. cobertura de toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográficas previstos no presente Contrato;
- 7.2.1.5. cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
- 7.2.1.6. a cirurgia plástica reparadora, somente terá cobertura prevista neste Contrato, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, inclusive para reconstrução de mama mutilada em virtude de tratamento de câncer.
- 7.2.1.7. **CIRURGIAS CARDÍACAS:** O beneficiário do presente Contrato terá direito a cirurgias cardíacas e hemodinâmica.
- 7.2.1.7.1 As próteses cardíacas, autorizadas pela **CONTRATADA**, são as de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto na hipótese em que haja necessidade, incontestável, reconhecida pela equipe médica integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, de utilização de prótese mecânica.
- 7.2.1.8. Caso o beneficiário-aderente opte por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.
- 7.2.1.9. Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Contrato, em estabelecimentos hospitalares próprios e/ou credenciados pela **CONTRATADA**, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.
- 7.2.2. **TRANSPLANTES:** Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de **CÓRNEA** e de **RIM**, **encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias a realização do transplante,** tais como despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção,** despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

7.2.2.1. Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico, **através de recepção de órgãos de doadores cadáveres** deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes – SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

7.2.3. CIRURGIAS BUCO MAXILO FACIAL que necessitem de ambiente hospitalar.

7.3 SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

ESPECIALIZADOS: igualmente, os beneficiários deste Contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, de acordo com o rol de procedimentos vigente, publicada no Diário Oficial de 15 de Dezembro de 2.000, reproduzido no anexo do presente, que fica fazendo parte integrante do Contrato.

7.4 ASSISTÊNCIA AO PARTO A AO RECÉM NASCIDO: terão ainda, direito, os **ADERENTES** do presente Plano , à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessário; assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da **CONTRATADA**, e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, filhos naturais ou adotivos, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similares, a qualquer hora do dia ou noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) beneficiário (a) **ADERENTE** tenha incluído o recém nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias.

7.5 TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: estão cobertos pelo presente Contrato os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID – 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas:

7.5.1. No regime ambulatorial, estão cobertos:

7.5.1.1. Atendimento às **emergências**, assim considerados as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

7.5.1.2. Atendimento à **psicoterapia de crise**, entendida esta como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze semanas)**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, **limitadas as 12 (doze) sessões por ano contratual**, não cumuláveis.

7.5.1.3. Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

7.5.2. Em regime hospitalar estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

7.5.2.1. O custeio integral de **30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato**, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

7.5.2.2. O custeio integral de **15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato**, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.

7.5.3. Estão cobertos, por este Contrato, além dos 30 dias de internação previstos no subitem 7.5.2.1., supra, mais 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia.

7.5.3.1. Para os diagnósticos **F00** – demência por doença de Alzheimer, **F01** – demência vascular, **F02** – demência em outras doenças classificadas em outra parte, **F03** – demência não especificada, **F04** – síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, **F05** – delirium não induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, **F06** – outros transtornos mentais devido à lesão e disfunção cerebral e a da doença física, **F07** – transtornos de personalidade e do comportamento devido a doenças e lesão e disfunção cerebral, **F09** – transtorno mental orgânico ou sintomático, **F20** – esquizofrenia, **F21** – transtornos esquizotípico, **F22** – transtornos delirantes persistentes, **F23** – transtornos psicóticos agudos e transitórios, **F24** – transtorno delirante induzido, **F25** – transtornos esquizoafetivos, **F26, F27, F28** – outros transtornos psicóticos não orgânicos, **F29** – psicose não orgânica não especificada; **F70** – retardo mental leve, **F71** – retardo mental moderado, **F72** – retardo mental grave, **F73** – retardo mental profundo, **F78** – outro retardo mental, **F79** – retardo mental não especificado, **F90** – transtornos hipercinéticos, **F91** – distúrbios de conduta, **F92** – transtornos mistos de conduta e emoções, **F93** – transtornos emocionais com início especificamente na infância, **F94** – transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância e a adolescência, **F95** – tiques, e **F98** – outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência, devidamente relacionados no CID 10, a cobertura ora prevista no subitem 7.5.3. será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis, em regime de hospital dia.

7.5.4. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime ambulatorial e/ou hospitalar, exceda os limites previsto no presente contrato, esgotados esses limites, a responsabilidade financeira pelos atendimentos passará a ser da **CONTRATANTE** e/ou do beneficiário-aderente, que fará os pagamentos diretamente à entidade ou profissional prestador dos serviços.

7.6. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de emergência e urgência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por **emergência**, *todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizado por*

*declaração do médico assistente; e por **urgência**, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.*

- 7.6.1.** Os atendimentos a que se refere o subitem anterior estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observando os seguintes termos:
- 7.6.2.** Os casos de **emergência e urgência** ocorridos durante o prazo de **cobertura parcial temporária de doença ou lesão preexistente**, assim definida no subitem 7.7. abaixo, **terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.**
- 7.6.2.1.** Para os casos previstos no subitem 7.6.2., transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, a responsabilidade da **CONTRATADA** cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do paciente-beneficiário.
- 7.6.2.2.** Quando do atendimento referido ao subitem 7.6.2.1. supra, houver evolução para internação, o beneficiário terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.
- 7.6.3.** Os casos de **emergência, e os de urgência, estes, quando decorrente de complicações no processo gestacional**, ocorridos **durante o cumprimento de prazos de carência**, previstos na Cláusula Décima Primeira do presente Instrumento, **terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.**
- 7.6.3.1.** Para os casos previstos no subitem 7.6.3., transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, a responsabilidade da **CONTRATADA**, cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do paciente-beneficiário.
- 7.6.3.2.** Quando do atendimento referido no subitem 7.6.3.1. supra, houver evolução para internação, o beneficiário terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

7.6.4. Os mesmos casos de **urgência, decorrente de acidente pessoal**, ocorridos **durante o cumprimento de prazos de carência**, terão o seu **atendimento integralmente coberto** pelo presente Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do Contrato.

7.7. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO

PRESENTE CONTRATO: estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofredores à época de adesão ao Plano. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

7.7.1. Se quando da presente contratação, aderirem ao presente, entre titulares e dependentes, número igual ou superior a 50 (cinquenta) beneficiários, a cobertura a doenças e lesões preexistentes será integral durante todo período de vigência contratual.

7.7.2. Se quando da presente contratação, a **CONTRATADA** inscrever, entre titulares e dependentes, número inferior a 50 (cinquenta) beneficiários, a cobertura a doenças e lesões preexistentes poderá ser parcial ou integral, nos seguintes termos:

7.7.2.1. Caso, quando do preenchimento da proposta de adesão ao presente Contrato ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo presente beneficiário e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja, constatada, através de exames ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de realização de eventos cirúrgicos, internações em leito de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o (a) **ADERENTE**, optará pela cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, ou pela sua cobertura integral, mediante um agravo no valor da taxa mensal.

7.7.2.2. Para fins do presente Contrato, entende-se por **cobertura parcial temporária**, a suspensão, por um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses contratuais, da cobertura para a doença ou lesão preexistente, de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade; entende-se por **agravo**, o acréscimo no valor de contraprestação pecuniária, em virtude da opção, pelo (a) **ADERENTE** da cobertura integral da doença ou lesão preexistente.

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

7.2.2.2.2. Em qualquer hipótese, deverão, sempre ser respeitados os prazos de carência previstos na Cláusula Décima Primeira do presente Contrato.

Cláusula Oitava **DAS EXCLUSÕES**

- 8.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO**, como obrigação da **CONTRATADA** de cobrir, os procedimentos relativos a:
- 8.1.1. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;**
 - 8.1.2. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;**
 - 8.1.3. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;**
 - 8.1.4. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO E DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;**
 - 8.1.5. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;**
 - 8.1.6. FORNECIMENTO DE MEDICAMNETOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;**
 - 8.1.7. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;**
 - 8.1.8. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;**
 - 8.1.9. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;**
 - 8.1.10. TRANSPLANTES, exceto de córnea e rim;**
 - 8.1.11. CONSULTAS DOMICILIARES;**
 - 8.1.12. COBERTURAS ODONTÓGICAS AMBULATORIAIS;**
 - 8.1.13. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL;**
 - 8.1.14. ACIDENTE DO TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;**
 - 8.1.15. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;**
 - 8.1.16. TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIA HIDROMINERAIS E CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS.**

Cláusula Nona
DOS TIPOS DE PLANO

- 9.1.** Por determinação ou escolha do **ADERENTE**, beneficiário-titular, ele e seus dependentes serão inscritos num dos seguintes Planos, que dão direitos a:

- 9.1.1. PLANO PLENO ENFERMARIA:** com direito a internação hospitalar em padrão enfermária (quarto coletivo), sem acompanhante.
- 9.1.2. PLANO PLENO APARTAMENTO:** com direito a internação em apartamento privativo com direito a acompanhante.

Cláusula décima
DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO

- 10.1.** As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico credenciado pela **CONTRATADA**, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, indicado pela **CONTRATADA**.
- 10.2.** Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item 10.1. supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.
- 10.3.** Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário apresentará ao estabelecimento ou profissional prestador de serviços, credenciados pela **ONTRATADA**, o Cartão de Identificação do beneficiário, mencionado no item 6.1. retro, além do documento de identidade do beneficiário-paciente.
- 10.3.1.** Em casos de internação hospitalar e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no subitem superior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela **CONTRATADA**.
- 10.4.** As internações feitas em caráter de emergência, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA**, até o primeiro dia útil, seguinte, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da **CONTRATADA**, das despesas resultantes do atendimento.
- 10.5.** Qualquer fraude em documento acarretará a imediata exclusão do **ADERENTE**, beneficiário-titular e seus dependentes, nos termos da legislação vigente, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.
- 10.6.** Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela **CONTRATADA** e em estabelecimentos médicos de saúde também por elas credenciados.
- 10.6.1.** Quando da impossibilidade de utilização, pelos beneficiários aderentes ao presente Plano, dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, para atendimento de assistência à saúde – relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato – em casos de urgência e emergência, a **CONTRATADA** procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu

dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a tabela de reembolso anexa ao presente instrumento, que será reajustada, anualmente, através do mesmo índice de reajuste das Taxas Mensais de Manutenção do Plano.

10.6.1.1. O reembolso das despesas a que aludem o presente subitem será efetuado no prazo máximo de (30) dias após a entrega à **CONTRATADA**, pela **CONTRATANTE** e/ou beneficiário aderente, da seguinte documentação.

10.6.1.1.1. via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);

10.6.1.1.2. conta analítica médico – hospitalar, em caso de internação;

10.6.1.1.3. relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;

10.6.1.1.4. declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso.

10.6.2. Outrossim, quando da utilização dos serviços para a cobertura dos quais a **CONTRATADA** não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na localidade onde vier a ocorrer o evento coberto, especificamente relacionados no anexo ao presente contrato, a **CONTRATADA** procederá ao reembolso das despesas experimentais experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso referida no subitem 10.6.1. supra, no prazo previsto no subitem 10.6.1.1. e mediante apresentação dos documentos relacionados nos subitens 10.6.1.1., 10.6.1.1.2 e 10.6.1.3.

10.7. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário.

10.8. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE**, para a livre adesão e correta utilização dos serviços contratados.

10.9. A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, os seus empregados, associados ou filiados sobre as condições de adesão e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

10.10. A utilização dos serviços, pelos beneficiários, far-se-á mediante guia de encaminhamento emitida pela **CONTRATADA**.

10.10.1. Os atendimentos especializados, os exames e tratamentos médicos complementares especiais, e as internações em geral, somente poderão ser procedidos através de guia expedida pela **CONTRATADA**.

10.10.2. Os atendimentos em ambulatórios poderão, somente a critério da **CONTRATADA**, dispensar guia de encaminhamento.

10.10.3. Em hipóteses de urgência e emergência, poderá o atendimento ser feito sem guia de encaminhamento, comprometendo-se o beneficiário a providenciá-la e entregá-la ao

médico ou estabelecimento que procedeu ao atendimento, até o primeiro dia útil após a utilização do serviço.

- 10.10.4.** Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição do cadastro da **CONTRATADA** e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário.

Cláusula Décima Primeira
DAS CARÊNCIAS

11.1. O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato, se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência:

- 11.1.1.** Casos de emergência e urgência, definidas no subitem 7.6. do presente Contrato, devidamente caracterizadas através de declaração do médico assistente integrante do corpo clínico próprio ou credenciado pela **CONTRATADA: 24 horas;**
- 11.1.2.** Consultas médicas: **30 dias;**
- 11.1.3.** Exames auxiliares de rotina, assim considerados os de análises clínicas de Urina e Fezes, Hemograma, Ultrassom, Raio X sem contraste e Eletrocardiograma, que não os relacionados no subitem 11.1.4. abaixo: **60 dias;**
- 11.1.4.** Exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Fisioterapias, Endoscopia, Ecocardiograma, Uretrocistografia, Citilografia, Refluxo gastroesofágico, Ecodopler, Polissonografia e demais exames de alta complexidade: **180 dias;**
- 11.1.5.** Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: **180 dias;**
- 11.1.6.** Internações clínicas hospitalares: **180 dias;**
- 11.1.7.** Internações cirúrgicas eletivas hospitalares: **180 dias;**
- 11.1.8.** Partos: **300 dias;**

Cláusula Décima Segunda
DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 12.1.** As taxas mensais *per capita* – constarão de documentos em anexo ao presente Contrato e que pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante do mesmo – serão cobradas pelo sistema de pré-pagamento.
- 12.2.** O valor total da remuneração mensal que a **CONTRATANTE** efetuará a **CONTRATADA**, resultará da multiplicação do número dos beneficiários pelo valor *per capita* vigente ao mês considerado, de acordo com o tipo do plano optado, previsto em aditivo contratual, assim como sua faixa etária.

- 12.3.** Os parâmetros de reajuste das taxas a que se refere o item 12.1., desta Cláusula, constarão de documento anexo ao presente Contrato e serão aplicados de acordo com a legislação vigente que regula a matéria.
- 12.4.** Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.
- 12.5.** Além da modalidade de reajuste estipulada no subitem anterior, fica pactuado que as Taxas Mensais sofrerão, ainda, mais as seguintes majorações:

12.5.1. Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da **CONTRATADA**, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor além daqueles adivinhos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente, nos termos da legislação vigente, e será submetida à prévia aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.5.2. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, no próprio mês da ocorrência, de acordo com a seguinte **TABELA DE FAIXAS ETÁRIAS**:

- | |
|---|
| <p>A) – de 00 a 59 anos;
B) – acima de 60 anos = acréscimo de 100% no preço do beneficiário com faixa etária de 00 à 59 anos;</p> |
|---|

- 12.5.3.** Não haverá reajustes por mudanças de faixa etária, para o beneficiário com mais de (60) anos de idade, desde que inscrito no presente Contrato por período igual ou superior a dez (10) anos.
- 12.6.** No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido em documento anexo ao presente.
- 12.7.** As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, a razão de 10% do valor *per capita*, do plano ao qual o beneficiário está inscrito, vigente à época.
- 12.8.** O valor da remuneração contratual será discriminado em fatura emitida mensalmente facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.
- 12.9.** A quitação das faturas deverá ser efetuada conforme definido em documento anexo ao presente Contrato.
- 12.9.1.** Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE** deverá pagar uma multa moratória de 10% (dez por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais

correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

12.10. As partes contratantes pactuam que, caso a alíquota do Imposto Sobre Serviços - ISS, incidente sobre a prestação de serviços objeto do presente contrato seja superior à alíquota instituída pela Prefeitura Municipal da sede da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** arcará com o pagamento da diferença de valores.

Cláusula Décima Terceira **DO PRAZO E DA RESCISÃO**

13.1. O presente contrato vigorará por prazo indeterminado, com início no ato da inclusão, pela **CONTRATADA**, de todas as propostas de adesão de beneficiários, podendo ser rescindido por qualquer das partes, mediante aviso, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência.

13.1.1. O presente contrato poderá ser rescindido, também, pelo cometimento de falta grave por quaisquer das partes, assim como pelo atraso no pagamento de 02 (duas) faturas ou mais.

Cláusula Décima Quarta **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

14.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

14.2. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas por simples cartas, que assinadas por ambas as partes, passarão a fazer parte integrante deste Contrato.

14.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

14.4. Nos termos do disposto no artigo 6º da Resolução RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as partes contratantes se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM nº 1.246/88, de 08 de Janeiro de 1.998, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

Cláusula Décima Quinta **DA ABRANGÊNCIA**

15.1. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é São José do Rio Preto, Aurifloma, Buritama, Catanduva, Fernandópolis, General Salgado, José Bonifácio, Macaubal, Mirassol, Monte Aprazível, Nhandeara, Nova Granada, Palestina, Paranaíba/MS, Paulo de Faria, Pereira Barreto, Potirendaba, Santa Fé do Sul, Tanabi e Urupês.

Cláusula Décima Sexta **DA REGULAMENTAÇÃO**

16.1. Em ocorrendo alteração na legislação que regula os Planos Privados de Assistência à Saúde, inclusive em consequência de decisão limiar e/ou definitiva, pelo Supremo Tribunal Federal – STF, da Ação Direta de Inconstitucionalidade promovida pela Confederação Nacional da Saúde – CNS, em face de diversos dispositivos da Lei 9.656/98, as partes desde já se obrigam, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da cientificação, por escrito, pela **CONTRATADA**, a repactuar o presente Contrato, nas suas estipulações originais afetadas pelas modificações normativas aqui especificadas.

Cláusula Décima Sétima
DO FORO

17.1. As partes elegem o **Foro da Comarca da Sede da CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

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

São José do Rio Preto, 01 de Fevereiro de 2003

O (A) **CONTRATANTE:** _____
**ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ILHA
SOLTEIRA – ACIIS**

A **CONTRATADA:** _____
**BENSAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA HOSPITALAR S/C LTDA.**

Testemunhas:

Nome:

RG:

Nome:

RG:

TERMO DE ADITIVO AO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Registro Provisório da Operadora na ANS nº 36.656-1

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Registros Provisórios dos Produtos na ANS:

Sem vínculo empregatício – Enfermaria nº 423.639/99-4

Sem vínculo empregatício – Apartamento nº 423.640/99-8

Aditivo Contratual

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado como **CONTRATANTE ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ILHA SOLTEIRA – ACIIS**, com sede na cidade de Ilha Solteira, Estado de São Paulo, situada no Centro Comercial Norte nº 566 – B, Bairro Zona Norte, inscrita no CNPJ sob nº 47.761.044/0001-06, Inscrição Estadual Isento, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, pelo Presidente Sr. Manoel Porfírio dos Santos, portador do RG nº 14.837.133 – SP e CPF/MF nº 038.750.018-93, e outro lado, na qualidade de **CONTRATADA, BENSÁUDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR S/C LTDA.**, com sede na cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, na Rua XV de Novembro nº 4488, inscrita no CGC/MF sob nº 02.849.393/0001-38, registrada, nos termos da Lei nº 6.839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob nº 24.311, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, resolvem, de comum acordo, **ADITAR** o Contrato de Operação Privado de Assistência à Saúde, firmada nesta data, nos seguintes termos:

1. Por este instrumento, Aditivo ao Contrato em referência, e em conformidade com o previsto na Cláusula Décima Segunda, a **CONTRATANTE** se compromete a remunerar a **CONTRATADA** pela cobertura contratada de acordo com o que segue:

- 1.1. As taxas mensais são as seguintes:

	<u>Enfermaria</u>	<u>Apartamento</u>
<u>Faixa Etária</u>	<u>Valores em Reais</u>	<u>Valores em Reais</u>
00 a 17 Anos	R\$ 38,90	R\$ 58,90
18 a 39 Anos	R\$ 46,00	R\$ 71,30
40 a 59 Anos	R\$ 49,90	R\$ 77,40
Acima de 60 anos	R\$180,00	R\$ 360,00

- 1.2. No ato da assinatura do presente Contrato e nas inclusões de novos beneficiários, a **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA** a título de taxa de implantação do Plano, a

quantia correspondente a R\$ 8,00 (Oito Reais) por família e a título de cartão magnético a quantia correspondente a R\$ 5,00 (Cinco Reais) por beneficiário.

2. As faturas originadas pela prestação dos serviços ora contratados, deverão ser quitadas no sistema de pré-pagamento, até o vencimento de cada mês de competência indicado no Aditivo Contratual de Inclusão/Adesão de Beneficiários.
3. Ficam devidamente liberadas as **carências**, os itens: 11.1.2 – 11.1.3. – 11.1.4. – 11.1.5. – 11.1.6. e 11.1.7. constante na Cláusula Décima Primeira, para os beneficiários inscritos na relação inicial (em anexo), que comprovadamente tenha de outro plano de saúde a mais de 1 (um) ano de vigência, desde que seja feita a sua transferência dentro do prazo de 60 (sessenta) dias a partir da vigência do presente Contrato.
4. Ficam devidamente liberadas as **carências** itens: 11.1.2 – 11.1.3. – e 11.1.6. constante na Cláusula Décima Primeira, para novos beneficiários que não tenha outro plano de saúde, desde que seja feito dentro do prazo de 60 (Sessenta) dias a partir da vigência do presente Contrato.
5. Ficam devidamente liberadas as **carências** itens: 11.1.2. e 11.1.3. constante na Cláusula Décima Primeira, para inclusão de novos beneficiários a partir do prazo de 60 (Sessenta) dias da vigência do presente Contrato.
6. Ficam devidamente ratificadas as demais cláusulas e itens do Contrato, que não tenha sido modificadas em razão do presente Instrumento.

E assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas (02) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas por duas testemunhas.

São José do Rio Preto, 01 de Fevereiro de 2003.

O (A) CONTRATANTE: _____
ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ILHA SOLTEIRA – ACIIS

A CONTRATADA: _____
BENSAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALARE S/C LTDA.

Testemunhas:

Nome:
RG:

Nome:
RG:

