

SulAmérica Administrado

Proposta de Plano de Saúde

SUBCONTRATANTE

Informações Cadastrais - CONTRATANTE

01-Razão Social SOCIEDADE BENEF I. B.H EINSTEIN

02-CNPJ 60765823009005

03-Código da Empresa CONTRATANTE 1660

04-Número do Grupo CONTRATANTE SIH1

Informações Cadastrais Subcontratante

01-Razão Social

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

02-Nome Fantasia

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

03-Ramo de Atividade Atividades de atendimento hospitalar	04-CNPJ 60.765.823.0090	DV 05	05-Inscrição Estadual	06-Inscrição Municipal
07-Endereço AV PRIMEIRA RADIAL	08-Número	09-Complemento LOTE AREA 01	10-Município GOIANIA	
11-Bairro SET PEDRO LUDOVICO	12-CEP 74820-300	13-UF GO	14-DDD-Fone (11)2151-1233	
15-Endereço de Cobrança AV PRIMEIRA RADIAL	16-Número	17-Complemento LOTE AREA 01	18-Município GOIANIA	
19-Bairro SET PEDRO LUDOVICO	20-CEP 74820-300	21-UF GO	22-DDD-Fone (11)2151-1233	
23-Nome do Responsável/Contato* Thais Fernanda Leite Zoghbi	24-Email para envio de Faturamento			
25-Cargo do Responsável/Contato Especialista de RH	26-Telefone do Responsável/Contato (11)7290-3846	27-E-mail do Responsável/Contato thais.zoghbi@einstein.br		

*Será enviado e-mail, comunicando a disponibilidade dos relatórios gerenciais / Fichas de Compensação na WEB.

Vigência da Subcontratante

28-Data de início

01.02.2025

Total de Vidas Subcontratante

29- Preenchimento Obrigatório

1

Declarações da Contratante e Subcontratante

Declaramos, para todos os fins e efeitos, que:

1. Todas as informações prestadas para formulação desta Proposta de Plano de Saúde do SulAmérica Administrado ("Proposta") são verdadeiras e estão completas, bem como cada vida incluída no seguro saúde, pelo Contratante e/ou por qualquer Subcontratante, enquadra-se nos termos da cláusula "Contratação do Plano" constante das Condições Gerais do Plano, a qual está de acordo com o que determina o art. 5º da Resolução Normativa nº. 557/2022, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não sendo permitida a inclusão de Beneficiários que não preencham os requisitos de elegibilidade previstos na referida Resolução Normativa e nas Condições Gerais do Plano de Saúde contratado;
2. Estamos cientes das disposições do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que se o Contratante, Beneficiário ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Plano, no Cartão Proposta ou qualquer outro meio que a Contratada disponibilizar para inclusão de Beneficiários durante a vigência deste contrato, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do plano de saúde e/ou no valor da mensalidade, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento das mensalidades vencidas;

3. Temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Plano de Saúde (“Plano” ou “Contrato”) ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as quais estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
4. A relação e a movimentação da rede credenciada estarão disponíveis para consulta no site institucional da SulAmérica - www.sulamerica.com.br - ou na Central de Serviços SulAmérica Saúde, que poderá ser acessada através do telefone, cujo número consta no Cartão Digital disponível no Aplicativo SulAmérica Saúde.;
5. A SulAmérica entregou, por meio eletrônico, o Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual está disponível no site institucional da SulAmérica - www.sulamerica.com.br, tendo o respectivo sido lido e entendido, bem como nos orientou para a correta contratação do Plano. Estamos de acordo com o recebimento do Guia de Leitura Contratual - GLC, também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. Em caso de cancelamento do contrato antes do término do período de vigência, será devido pela Contratante e Subcontratante, quando houver, o valor da mensalidade complementar com base na quantidade de vidas declaradas no ato da contratação e/ou renovação, obedecendo às disposições das Condições Gerais deste plano.
7. Sobre o valor pago a título de mensalidade complementar, quer pelo Contratante quer pelo Subcontratante, não haverá pagamento de comissão de corretagem nem incidirá carregamento comercial.
8. A indicação, nomeação, substituição e/ou destituição do(a) corretor(a) de seguros, que abarca o Contrato como um todo, é realizada pela Contratante, por meio do envio de carta original para a SulAmérica em papel timbrado, devidamente assinada e carimbada pelo representante da Empresa Contratante na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração pública registrada em cartório, com poderes específicos para contratar;
9. A destituição do(a) corretor (a) nomeado pela Contratante, deverá ser solicitada por escrito pela Contratante à SulAmérica, podendo ocorrer somente a partir do primeiro aniversário do contrato, que é de 12 (doze) meses, e desde que apresentada em até 15 (quinze) dias de antecedência à data do término do período de vigência, exceto quando comprovada prática de fraude, atos ilícitos, culposos ou contrários ao previsto em lei ou regulamentação específica, hipótese em que o(a) corretor(a) será destituído pela Contratante ou pela SulAmérica estando a SulAmérica desobrigada a repassar a comissão de corretagem mensal ao corretor(a)/Corretora e/ou qualquer outro valor que tenha sido acordado por ocasião da contratação do plano.
10. O conteúdo da cláusula da PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS constante nas Condições Gerais do Plano, em conjunto com as demais cláusulas constantes de tal documento, bem como o do Anexo IV desta Proposta devem ser integralmente por nós observado;
11. No interesse mútuo da Contratante e Subcontratante se reunirem entre elas e/ou com outras eventuais Subcontratantes incluídas no Contrato, após o período inicial de vigência para contratação do plano de saúde, nos Termos do Inciso I, do art. 29 da Resolução Normativa nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, incluindo suas eventuais atualizações, anexa-se à presente Proposta o Anexo de INTEGRAÇÃO DE SUBCONTRATANTE (“Anexo II”), cujas condições foram lidas e aceitas pela Contratante e pela Subcontratante.
12. A inclusão de Subcontratante ora solicitada será processada após análise dos documentos que comprovem a sub contratação, de acordo com as previsões legais do órgão regulador (ANS), bem como, pelas condições editadas pela SulAmérica na aceitação de um novo Subcontratante, de modo que a falta de documentos que comprovem a sub contratação poderá acarretar a devolução do processo;
13. A Subcontratante concorda e aceita todas as disposições do Contrato firmado entre a Contratante e a SulAmérica, reconhecendo como válidas todas as tratativas da Contratante com a SulAmérica acerca da contratação de planos

de Saúde em benefício dos sócios, diretores, empregados e demais pessoas que apresentem vínculo societário ou empregatício com a Subcontratante, inclusive e especificamente no que diz respeito ao ingresso e/ou movimentação de outras Subcontratantes no Contrato.

13. Por meio do preenchimento e assinatura da presente Proposta, reconhecemos que as declarações constantes deste documento e de seu Anexo II é parte integrante das Condições Gerais do Plano, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição ao seu conteúdo tanto pela Contratante quanto pela(s) Subcontratante(s);

Local e Data	1-Assinatura do Representante Legal do Contratante	1- Assinatura do Representante Legal da Subcontratante sob Carimbo Assinado por:  31D435F138D543A...
Local e Data	2-Assinatura do Representante Legal do Contratante	2- Assinatura do Representante Legal da Subcontratante sob Carimbo DocuSigned by:  B7C9DB878B93448...

1-Dados do Responsável pela Empresa Contratante (signatário)

Nome: Thais Fernanda Leite Zoghb	RG: 29.29.198 - 27	CPF: 219.10.348 - 79	Cargo: Especialista de RH
----------------------------------	--------------------	----------------------	---------------------------

2-Dados do Responsável pela Empresa Contratante (signatário)

Nome:	RG: . . -	CPF: . . -	Cargo:
-------	-----------	------------	--------

1-Dados do Responsável pela Empresa Subcontratante (signatário)

Nome:  95A854EDD08545C...	RG: 2230890165	CPF: 21389956822-	Cargo: Diretora Médica
---	----------------	-------------------	------------------------

2-Dados do Responsável pela Empresa Subcontratante (signatário)

Nome:	RG: . . -	CPF: . . -	Cargo:
-------	-----------	------------	--------

Assinado por:



57EB5E3E200B4AA...



Anexo I

(Informações mínimas referente às diferenças dos tipos de contratação - RN nº509/2022)

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. **Veja as particularidades de cada tipo:**

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo Empresarial contratado Empresário Individual
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 557/2022, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.

<p>Carência</p>	<p>Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, (por exemplo, internação); 300 dias para o parto a termo.</p>	<p>Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.</p>	<p>Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.</p>	<p>Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual.</p> <p>Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.</p>
<p>Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p>	<p>Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p> <p>Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica</p>

<p>Rescisão pela operadora:</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato.</p> <p>A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.</p>
<p>Reajuste:***</p>	<p>Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***</p>	<p>Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***</p>	<p>Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***</p>	<p>Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato. ***</p>

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato." (NR)

Anexo II
INTEGRAÇÃO DE SUBCONTRATANTE

CLÁUSULA 1ª – DEFINIÇÕES

(I) “CONTRATANTE”

Empresa identificada no campo “ Informações Cadastrais - Contratante” da primeira página da Proposta de Plano - Subcontratante (“Proposta”).

(II) “SUBCONTRATANTE”

Empresa identificada no campo “ Informações Cadastrais - Subcontratante” da primeira página da Proposta de Plano para Subcontratante (“Proposta”).

(III) “CONTRATADA” ou “SULAMÉRICA”

Sul América Serviços de Saúde S.A
CNPJ 02.866.602/0001-51
Registro ANS 416428

(IV) “PARTES”

CONTRATANTE, SUBCONTRATANTE e CONTRATADA/SULAMÉRICA, quando referidas em conjunto.

CLÁUSULA 2ª – DO OBJETO

2.1. A **SUBCONTRATANTE** declara adesão à todas as disposições do Contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **SULAMERICA**, inclusive com a integração de eventuais subcontratantes, se houver, a critério da **CONTRATANTE**, como subcontratantes do plano de saúde.

2.1.2. A **SUBCONTRATANTE** concorda que quaisquer alterações contratuais, tais como, mas não se limitando ao valor da mensalidade, reajustes, alterações de planos e coberturas contratuais, cancelamento, inclusões e exclusões de subcontratantes e de beneficiários ou quaisquer outras condições relacionadas ao Contrato, poderão ser negociadas/ajustadas de forma independente e autônoma pela **CONTRATANTE** junto à **SULAMERICA**, ficando outorgado pela **SUBCONTRATANTE** à **CONTRATANTE**, poderes bastantes para, na qualidade de representante da **SUBCONTRATANTE**, negociar direta ou indiretamente com a **SULAMERICA**, bem como firmar isoladamente todos e quaisquer termos, instrumentos, compromissos e/ou acordos que se fizerem necessários para que a **SULAMERICA** possa efetivamente prestar os serviços contratados, incluindo, mas não se limitando a Termos de Proteção de Dados Pessoais, Instrumentos Particulares de Compromisso e Outras Avenças, entre outros, cujos poderes perdurarão enquanto permanecer vigente o Contrato e somente poderão ser revogados mediante solicitação por escrito por parte da **SUBCONTRATANTE** e da **CONTRATANTE**, perante a **SULAMERICA**.

2.2. Fica acordado entre as **PARTES** que a **CONTRATANTE** assume, perante a **SULAMERICA**, a responsabilidade integral pelos pagamentos devidos em decorrência do Contrato, por si, suas filiais, **SUBCONTRATANTE** e demais subcontratantes por ventura existentes junto ao Contrato, ressalvado o disposto na Cláusula 2.4. a seguir, assim como se compromete a atualizar a **SULAMERICA**, mensalmente, sobre a constituição e/ou encerramento de suas respectivas filiais e/ou subcontratantes.

2.3. A **CONTRATANTE** representará todos os beneficiários, inclusive da **SUBCONTRATANTE**, sob a cobertura do Contrato, podendo propor inclusões, exclusões, cancelamentos e solicitar redesenho de planos, responsabilizando-se pelas aplicações dos reajustes e demais cláusulas contratuais.

2.4. A **SUBCONTRATANTE** irá se beneficiar das mesmas coberturas oferecidas pelo Contrato aos beneficiários vinculados diretamente à **CONTRATANTE** e responsabilizar-se-á, solidariamente com a **CONTRATANTE** e demais subcontratantes junto

ao Contrato, se houver, na hipótese de inadimplemento das cláusulas e obrigações contratuais, abrangendo eventuais disposições decorrentes de modificações ocorridas durante a vigência do Contrato.

CLÁUSULA 3ª – DAS OBRIGAÇÕES

3.1. Caberá à **CONTRATANTE**:

- (a) o pagamento de seus respectivos prêmios, bem como a assunção, como dívida líquida e certa, do valor integral do prêmio ou quaisquer outros valores devidos pela **SUBCONTRATANTE** e/ou demais subcontratante, caso existentes, em caso de inadimplência junto ao Contrato, sem prejuízo da solidariedade estabelecida na Cláusula 2.4 acima, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial;
- (b) divulgar aos beneficiários seus direitos e obrigações;
- (c) recolher e inutilizar o cartão físico de identificação, se emitido, nos casos de exclusão; e
- (d) comunicar expressamente à **SULAMERICA** a perda ou extravio desse cartão, a fim de que não seja responsabilizada pelo seu uso indevido.

3.2. A SUBCONTRATANTE ainda outorga à **CONTRATANTE** amplos poderes para convencionar junto à **SULAMERICA**, por meio dos instrumentos necessários, as condições particulares da contratação, as cláusulas contratuais relacionados à vigência do Contrato, bem como para tomar conhecimento em seu nome das Condições Gerais, divulgar aos beneficiários com os quais tenha vínculo direto e indireto acerca de seus direitos e obrigações, recolher e inutilizar o cartão físico de identificação dos respectivos beneficiários, se emitido, nos casos de exclusão, e, por fim, comunicar expressamente à **SULAMERICA**, em seu nome, a perda ou extravio desse cartão, a fim de que não seja responsabilizado pelo seu uso indevido.

3.2.1. A SUBCONTRATANTE obriga-se a informar à **SULAMERICA**, por intermédio da **CONTRATANTE**, quaisquer alterações que venham a ocorrer em seu registro e, ainda, no cadastro dos beneficiários a ela vinculados, mediante comprovação documental.

CLÁUSULA 4ª – DO CANCELAMENTO

4.1. A SUBCONTRATANTE declara estar ciente que o cancelamento ou a não renovação do Contrato, seja por iniciativa da **CONTRATANTE**, seja por iniciativa da **SULAMERICA**, extingue o Contrato para todos os beneficiários nele incluídos, sejam da **SUBCONTRATANTE** ou das demais subcontratantes, se houver.

4.1.1. No caso de solicitação de cancelamento do Contrato pela **CONTRATANTE** dentro do período de vigência contratado, caberá à **CONTRATANTE**, à **SUBCONTRATANTE** e às demais subcontratantes eventualmente incluídas no Contrato cumprirem o aviso prévio contratual e assumirem, de forma solidária, o pagamento da mensalidade complementar devido à **SULAMERICA**.

4.1.2. Na hipótese de cancelamento por iniciativa da **SUBCONTRATANTE**, limitada aos beneficiários da **SUBCONTRATANTE** e dentro do período de vigência contratado, caberá à **SUBCONTRATANTE** e à **CONTRATANTE**, de forma solidária, a responsabilidade pelo cumprimento do aviso prévio contratual e pelo pagamento da mensalidade complementar devido à **SULAMERICA** com relação aos beneficiários da **SUBCONTRATANTE** que der causa à rescisão.

CLÁUSULA 5ª – DA VIGÊNCIA

5.1. Para todos os fins e efeitos de direito, as **PARTES** ajustam que essas disposições vigorarão enquanto permanecer vigente o Contrato, ficando expressamente ratificadas pela **SUBCONTRATANTE** todas as disposições e cláusulas das Condições Gerais, Condições Particulares e Coberturas Adicionais do Contrato, bem como aditivos contratuais anteriores, celebrados entre a **CONTRATANTE** e a **SULAMERICA**, e que permanecem integralmente em vigor.

CLÁUSULA 6ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. As **PARTES** declaram e garantem que a aceitação destas condições foi devidamente autorizada e aprovada por todos os atos civis e societários necessários sob a égide da legislação aplicável, constituindo-se em obrigação válida, legal e vinculante, bem como **(i)** não há conflito ou violação a qualquer dispositivo aos seus atos constitutivos, estatutários ou quaisquer outros contratos que tenham sido firmados pelas **PARTES**; **(ii)** não há qualquer informação inverídica e não foi omitido qualquer fato que contamine este instrumento, cuja celebração é voluntária e foi avaliada pelos advogados das **PARTES**.

Anexo IV

TERMO DE COOPERAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

CONSIDERANDO QUE a CONTRATANTE tem interesse em realizar a gestão e promoção da saúde dos BENEFICIÁRIOS, o acompanhamento da sinistralidade do plano por ela contratado, além de, pontualmente, avaliar documentação referente a determinado evento em caso de suspeita de fraude, sendo todas essas atividades realizadas exclusivamente através de médico próprio ou por ela contratado (“MÉDICO CONSULTOR”) e/ou outros profissionais de saúde, integrantes de sua equipe e sob sua inteira responsabilidade técnica, mediante, por exemplo, o oferecimento de acompanhamento médico e/ou da participação em programas de promoção à saúde próprios e/ou disponibilizados pela SULAMÉRICA;

CONSIDERANDO QUE, para a execução do previsto no Considerando acima, a CONTRATANTE, declara, nos termos da legislação mencionada na Cláusula de PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS das Condições Gerais do Plano (“Cláusula de PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS”), ter base legal para tanto, e solicita que a SULAMÉRICA compartilhe os DADOS sobre os respectivos BENEFICIÁRIOS e/ou BENEFICIÁRIOS de eventual(is) empresa(s) SUBCONTRATANTE(S) (“BENEFICIÁRIOS”) exclusivamente com o MÉDICO CONSULTOR indicado pela CONTRATANTE, observando-se o modelo constante do Apêndice I deste TERMO.

RESOLVEM, as PARTES, celebrar o presente TERMO que será regido pelas seguintes cláusulas e condições:

1. Definições

1.1 Os termos iniciados em letra maiúscula e não definidos neste TERMO têm o significado que lhes foi atribuído na Cláusula de PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS e/ou na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (“LGPD”). Para os fins deste TERMO:

- (a) “**DADOS**” significam, no conjunto, DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS;
- (b) “**INCIDENTE**” significa um acesso não autorizado e situação acidental ou ilícita de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de TRATAMENTO inadequado ou ilícito;
- (c) “**MÉDICO CONSULTOR**” é o médico, habilitado e devidamente inscrito no Conselho Federal de Medicina (“CFM”), contratado pela CONTRATANTE, seja diretamente ou através de corretora de seguros ou consultoria específica (na qualidade de OPERADORES ou SUBOPERADORES) para atuar na gestão e tutela da saúde dos BENEFICIÁRIOS; e
- (d) “**SUBOPERADOR**” significa qualquer contratado por eventual OPERADOR que concorde em receber, do OPERADOR, os DADOS exclusivamente destinados para atividades de TRATAMENTO permitidas em conformidade com as instruções do OPERADOR e nos termos deste TERMO.

2. Objeto deste TERMO

2.1. O objeto do presente TERMO é regular as obrigações e a responsabilidade entre as PARTES no que tange aos DADOS que são tratados no âmbito do CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE e compartilhados pela SULAMÉRICA com a CONTRATANTE (ou operador indicado pela CONTRATANTE).

2.2 Fica desde já acordado entre as PARTES que as disposições do presente TERMO não tornam inválida e/ou anulam as obrigações estabelecidas na Cláusula de PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS, mas tão somente complementam suas disposições no que tange ao TRATAMENTO de DADOS com a finalidade de gestão e promoção da saúde dos BENEFICIÁRIOS pela CONTRATANTE.

2.3 A CONTRATANTE reconhece e concorda que o compartilhamento dos DADOS pela SULAMÉRICA à CONTRATANTE tem as finalidades únicas, específicas e exclusivas de promover a gestão e a promoção da saúde dos BENEFICIÁRIOS, o acompanhamento da sinistralidade do plano por ela contratado, além de, pontualmente, avaliar a documentação referente a determinado evento em caso de suspeita de fraude.

2.4 É expressamente vedado: (a) ao MÉDICO CONSULTOR e/ou a qualquer pessoa pertencente a sua equipe, o compartilhamento dos DADOS e das Informações Confidenciais com terceiros (inclusive para instruir ações judiciais) e/ou com outras empresas pertencentes ou não ao grupo econômico da CONTRATANTE; e (b) o uso dos DADOS objeto do presente TERMO para fins de análise de sinistro em si e/ou de auditoria, assim entendida como a averiguação, inspeção ou exame dos documentos acessados por força do objeto do presente instrumento.

2.5 As PARTES reconhecem e concordam que cada PARTE atua como CONTROLADOR em relação a tal TRATAMENTO e não se pretende que qualquer PARTE atue como um OPERADOR para a outra PARTE em relação a qualquer atividade de TRATAMENTO de DADOS.

3. Obrigações

3.1 As PARTES comprometem-se a cumprir integralmente os requisitos da legislação de proteção de dados aplicável no Brasil, incluindo, mas não se limitando à LGPD, como também se comprometem a garantir que seus empregados, agentes e subcontratados observem seus dispositivos.

3.2 No que se referem às atividades de TRATAMENTO realizadas pela CONTRATANTE, a CONTRATANTE garante e concorda em:

- (a) tratar os DADOS somente na medida do necessário para atingir a finalidade pela qual os DADOS foram fornecidos pela SULAMÉRICA à CONTRATANTE, nos termos da Cláusula 2.3. acima;
- (b) fornecer todas as informações/avisos necessários aos TITULARES, garantindo, assim, a transparência a respeito das características do TRATAMENTO de DADOS, incluindo o TRATAMENTO de DADOS realizado pelo MÉDICO CONSULTOR e/ou profissionais de saúde sob sua gestão e responsabilidade, bem como o acesso aos DADOS fornecidos pela SULAMÉRICA, interrompendo imediatamente seu TRATAMENTO e notificando a SULAMÉRICA em caso de eventual perda de base legal que embasa a recepção de tais DADOS pela CONTRATANTE;
- (c) restringir o acesso aos DADOS ao MÉDICO CONSULTOR e/ou aos profissionais da saúde sob sua gestão e responsabilidade, observados os limites dispostos na legislação em vigor e no presente TERMO;
- (d) assegurar que somente os profissionais de saúde elencados no presente TERMO terão acesso aos DADOS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS de BENEFICIÁRIOS, nos termos da regulamentação aplicável;
- (e) comprometer-se a não TRATAR os DADOS recebidos pela SULAMÉRICA para tomar decisões que impliquem tratamento discriminatório, ilícito ou abusivo em relação ao TITULAR;
- (f) fornecer aos seus colaboradores treinamentos periódicos sobre uso e tratamento adequado de dados, considerando segurança da informação e proteção dos DADOS dos BENEFICIÁRIOS;
- (g) cooperar com a SULAMÉRICA em caso de qualquer INCIDENTE relacionado aos DADOS recebidos da SULAMÉRICA, devendo: (i) adotar todas medidas necessárias para remediar qualquer INCIDENTE e minimizar

possíveis efeitos negativos aos TITULARES; (ii) prover à SULAMÉRICA com todas as informações necessárias à apuração do ocorrido no menor prazo possível; e (iii) alinhar com a SULAMÉRICA a estratégia de defesa, seu teor e redação, assim como qualquer comunicação com ANPD, TITULARES, terceiros e demais autoridades competentes;

- (h) comunicar imediatamente a SULAMÉRICA em caso de substituição do MÉDICO CONSULTOR, contratado diretamente ou através de corretora de seguros ou consultoria específica, para atuar na gestão e promoção da saúde dos BENEFICIÁRIOS;
- (i) arcar exclusiva e integralmente com todo e qualquer custo decorrente do TRATAMENTO e/ou compartilhamento dos DADOS objeto do presente instrumento, inclusive com eventuais penalidades decorrentes de TRATAMENTO em desacordo com a LGPD; e,
- (j) atender, na forma do disposto na Lei 13.709/2018, os direitos dos titulares com relação aos DADOS considerados no escopo deste TERMO.

3.3 Fica desde já acordado entre as PARTES que informações agregadas e/ou anonimizadas poderão ser tratadas por indivíduos que não se enquadrem no conceito de “profissional da saúde”, nos termos da regulamentação aplicável.

4. Responsabilidade e Indenização

4.1 Conforme Cláusula de PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS, cada PARTE é individualmente responsável pelo cumprimento de suas obrigações decorrentes da LGPD, de eventuais regulamentações emitidas posteriormente pela ANPD, por autoridade reguladora competente e/ou demais leis e regulações aplicáveis às suas respectivas atividades de TRATAMENTO de DADOS que sejam porventura aprovadas, editadas e/ou publicadas.

4.2 Não obstante o disposto na Cláusula 4.1. acima, a CONTRATANTE será a única responsável frente à SULAMÉRICA, aos TITULARES e terceiros por quaisquer danos sofridos em decorrência: (i) da violação das obrigações da CONTRATANTE no âmbito deste TERMO; (ii) da violação de qualquer direito dos TITULARES; ou (iii) caso o TRATAMENTO dos DADOS para a gestão e promoção da saúde dos BENEFICIÁRIOS descumpra as disposições deste TERMO, notadamente a obrigação da CONTRATANTE estabelecida na Cláusula 2.3., que dispõe sobre a finalidade pela qual a CONTRATANTE está autorizada a TRATAR os DADOS.

5. Contratação de Operadores e SubOperadores

5.1 Caso a CONTRATANTE contrate OPERADORES para realizar, em seu nome, uma ou mais operações de TRATAMENTO envolvendo os DADOS compartilhados pela SULAMÉRICA com fundamento nesse TERMO, a CONTRATANTE deverá responsabilizar-se integralmente frente a SULAMÉRICA e aos TITULARES com relação aos referidos OPERADORES.

5.2 As obrigações descritas na Cláusula 5.1. também serão aplicáveis para SUBOPERADORES, isto é, caso a CONTRATANTE subcontrate quaisquer terceiros para realizar uma ou mais operações de TRATAMENTO envolvendo os DADOS.

6. Prazo e Rescisão

6.1 Este TERMO deverá vigorar durante todo o prazo do CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE por prazo indeterminado.

6.2 Na hipótese de término do presente TERMO e, ausente qualquer base legal para a manutenção dos DADOS prevista na legislação aplicável, a CONTRATANTE compromete-se a eliminar de seus registros e sistemas todos os DADOS recebidos da SULAMÉRICA e/ou acessados no âmbito deste TERMO.

6.3 O cumprimento da obrigação prevista na Cláusula 6.2 deverá ser certificada por escrito por representante legal da CONTRATANTE e deverá englobar as eventuais subcontratados.

6.4 O dever de confidencialidade dos DADOS recebidos da SULAMÉRICA, assim como o dever de indenização aqui previsto deverá sobreviver ao término deste TERMO, por prazo indeterminado.

7. Disposições Gerais

7.1 Todas as alterações deste TERMO só serão válidas se acordadas por escrito por ambas as PARTES, mediante a assinatura do competente termo aditivo ao presente TERMO

7.2 Nenhuma das PARTES poderá, sem a prévia e expressa anuência, por escrito, da outra PARTE, delegar, transferir, cobrar ou tratar de outra maneira este TERMO ou qualquer dos direitos relacionados a ele.

7.3 Se qualquer disposição do presente TERMO for considerada inválida ou impossível de ser cumprida em razão de lei ou por decisão judicial transitada em julgado, tal dispositivo será considerado nulo e excluído do presente Termo, sendo certo que as demais disposições continuarão em vigor e serão válidas e executáveis em toda a extensão permitida por lei.

7.4 A não exigência por qualquer das PARTES do cumprimento de qualquer cláusula ou condição pré-estabelecida será considerada mera tolerância, não implicando a sua novação, tampouco a abdicação do direito de exigi-la no futuro, não afetando a validade deste Termo e quaisquer de suas condições.

7.5. Este TERMO obriga as PARTES e seus sucessores a qualquer título, constituindo-se em título executivo extrajudicial, nos termos do artigo 784, III, do Código de Processo Civil.

Local e Data	1-Assinatura do Representante Legal da CONTRATANTE sob Carimbo
--------------	--

Local e Data	2-Assinatura do Representante Legal da CONTRATANTE sob Carimbo
--------------	--

APÊNDICA I AO TERMO DE COOPERAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE (ANEXO IV)

INDICAÇÃO DE MÉDICO CONSULTOR

1 - CONTRATANTE

Razão Social

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

CNPJ

60765823008386

Nome do Responsável Legal

2 - CONTRATADA

Sul América Serviços de Saúde S.A - CNPJ 02.866.602/0001-51- Registro ANS 416428

3 - DADOS DO MÉDICO CONSULTOR Não se aplica

Nome Completo

CPF

CRM/UF

Celular (SMS)

()

E-mail:

Local e Data

1-Assinatura do Representante Legal da CONTRATANTE sob Carimbo

Local e Data

2-Assinatura do Representante Legal da CONTRATANTE sob Carimbo

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: B02E7797-B536-4F59-A783-1B44C7AA4661
 Assunto: Hospital Albert Einstein ADT11092 - Contrato SUL AMERICA SERVIÇOS DE SAUDE
 NOME PARTE CONTRÁRIA: SUL AMERICA SERVIÇOS DE SAUDE
 DIRETORIA: CUIDADO PÚBLICO
 TIPO DE DOCUMENTO: DESPESA
 DEPARTAMENTO: HUGO
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 14
 Certificar páginas: 5
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído
 Remetente do envelope:
 Kamila Sousa
 AVENIDA ALBERT EINSTEIN, 627
 Sao Paulo, SP 05652-000
 Kamila.Sousa@einstein.br
 Endereço IP: 103.158.122.130

Rastreamento de registros

Status: Original
 23/06/2025 08:59:05
 Portador: Kamila Sousa
 Kamila.Sousa@einstein.br
 Local: DocuSign

Eventos do signatário

Renata Lourrany Santos Fernandes
 renata.lsf@einstein.br
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinatura

Assinado por:

 57EB5E3E200B4AA...

Registro de hora e data

Enviado: 23/06/2025 09:19:28
 Visualizado: 24/06/2025 10:08:13
 Assinado: 24/06/2025 10:08:29

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 187.6.233.19

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através da Docusign

Fabiana Rolla
 fabiana.rolla@einstein.br
 Diretora Médica
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

 95A854EDDB545C...

Enviado: 24/06/2025 10:08:31
 Visualizado: 24/06/2025 10:45:18
 Assinado: 24/06/2025 10:45:49

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 45.236.211.253

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 14/10/2024 11:24:58
 ID: 58a0269f-6c69-4313-9f4d-a6fa00e479da

Luciana Moraes Borges
 luciana.borges@einstein.br
 Diretora Cuidado Público
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinado por:

 31D435F138D543A...

Enviado: 24/06/2025 10:45:51
 Visualizado: 24/06/2025 14:58:27
 Assinado: 24/06/2025 14:58:35

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 45.166.227.2
 Assinado com o uso do celular

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 24/06/2025 14:58:27
 ID: a3b4bc43-d1a8-4a3e-8441-70b75f820c9e

Guilherme de Paula Pinto Schettino
 guilherme.schettino@einstein.br
 Diretor IIRS
 Guilherme de Paula Pinto Schettino
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

 B7C9DB878B93448...

Enviado: 24/06/2025 14:58:37
 Reenviado: 25/06/2025 17:16:55
 Visualizado: 26/06/2025 05:55:20
 Assinado: 26/06/2025 05:56:26

Adoção de assinatura: Desenhado no dispositivo
 Usando endereço IP: 2a09:bac2:dae:3cd::61:2a7
 Assinado com o uso do celular

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:		
Aceito: 06/12/2021 18:07:27		
ID: 75ddb650-3e09-42c9-818c-631d6d3da3f9		
Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Gabriela Carvalho de Oliveira gabriela.co@einstein.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 24/06/2025 10:08:30 Visualizado: 24/06/2025 10:14:14
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:		
Não oferecido através da DocuSign		
Elisangela de Fatima Dias elisangela.dias@einstein.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 24/06/2025 10:08:31
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:		
Não oferecido através da DocuSign		
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	23/06/2025 09:19:28
Entrega certificada	Segurança verificada	26/06/2025 05:55:20
Assinatura concluída	Segurança verificada	26/06/2025 05:56:26
Concluído	Segurança verificada	26/06/2025 05:56:26
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: patricia.lugatto@einstein.br

To advise SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

- i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;
- ii. send us an email to patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’, you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region during the course of your relationship with SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region.



CONTRATO

MODALIDADE DO CONTRATO: Prestação de Serviços

ESPECIFICAÇÃO: Contrato de Plano de Saúde Empresarial para os colaboradores Einstein - Sul América (PROPOSTA TÉCNICA E COMERCIAL)

Resumo

Diretoria: 0010 - Recursos Humanos
 N° do Contrato: 4600019305
 Fornecedor: SUL AMERICA SERVIÇOS DE SAUDE
 N° do Acordo Mãe:

Valores

Valor Total do Contrato: R\$ 84.300.000 / ano (faturamento total estimado que depende diretamente da sinistralidade. Deste montante, 10.7 MM corresponde à Taxa Administrativa – alvo da negociação)
 Forma de Pagamento: Parcelado
 Quantidade de Parcelas: 12
 Valor da Parcela: aprox. R\$7MM (valor variável de acordo com sinistralidade)

Descrição

Escopo: Migração do atual contrato de Plano de Saúde Corporativo da SOMPO para SUL AMÉRICA

Histórico: Com a aquisição da SOMPO pela SUL AMÉRICA, surgiu a necessidade de negociar as condições para migração deste contrato. Uma vez que estávamos coincidindo com o período de reajuste anual da SOMPO, reavaliamos todo o contrato (comercial e tecnicamente) para o momento de transição, com a Sul América. A negociação reportada incidiu sobre o valor total para a Taxa de Administração, uma vez que é a única rubrica alvo de negociação - as demais linhas estão associadas aos sinistros.

Como pleito inicial a seguradora solicitou um reajuste de 19,15% da taxa administrativa mas, após 3 rodadas de negociação, conseguimos alcançar um reajuste de 5,32% que, apesar de representar um aumento para a instituição, é um reajuste abaixo dos índices de mercado (IGPM 6,517% e IPCA 6,470%).

Avaliamos opções para outros períodos de vigência contratual (24, 36 e 48 meses) que, apesar de economicamente mais vantajosas, representam um compromisso contratual que carece de análise estratégica por alçadas superiores na Instituição. Então, estrategicamente foi aprovado seguir com a vigência de 12 meses que seria o prazo do nosso acordo até então vigente com a SOMPO.

Tecnicamente o escopo foi ajustado à realidade da nova seguradora, por exemplo: (1) Todos os planos serão com obstetrícia (VS. cenário atual onde tínhamos planos com e sem obstetrícia), (2) foi zerado o custo com a rede complementar Medservice já que a Sul América possui abrangência nacional, (3) foram revistas as tabelas e % de coparticipação, melhorando algumas condições para o colaborador.

Considerando as NF dos últimos 12 meses, simulando o valor total deste contrato, estima-se um faturamento anual com este fornecedor de 84.3 MM. Além da taxa administrativa aqui reportada, temos linhas como: Valor pago pelos sinistros (custo operacional com o prêmio), devoluções, acertos, entre outros.

Vigência

Data do início da Vigência: 01.12.2022
 Data do Término da Vigência: 30.11.2023
 Contratos Anteriores: 4600012564 com SOMPO

Aprovações

Alçada: Presidência
 Comitês: N/A
 Processo de Compras (Mesa): Sim - Aprovado (29.11.2022)
 Processo de Compras (Depto Compras): Sim - Aprovado (29.11.2022)

Parecer de Compras:

Para regularizar este contrato, fez-se necessário avançar com a assinatura das propostas Comercial e Técnica enquanto aguardamos parecer final às revisões que solicitamos no documento Condições Gerais. O documento de Condições Gerais foi avaliado pelo Einstein e está desde Março 2023 em avaliação junto da seguradora.

Plano de Assistência à Saúde

SulAmérica Saúde Administrado Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia Condições Gerais

Vigência Dezembro 2022

ANS - nº 416428

Contrato nº 0064.0106.0097

Índice

SulAmérica Saúde Administrado Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1.	Qualificação da Contratada	4
2.	Qualificação do Contratante	4
3.	Objeto do Contrato	5
4.	Natureza do Contrato	5
5.	Tipo de Contratação	5
6.	Tipo de Segmentação Assistencial	5
7.	Área Geográfica de Abrangência	5
8.	Formação do Preço	5
9.	Planos	5
10.	Coberturas e Benefícios Adicionais.....	6
11.	Contratação do Plano de Saúde	6
12.	Inclusão de Beneficiários.....	7
13.	Documentos necessários para a contratação do plano e inclusão de beneficiários....	8
14.	Formas de Inclusão	9
15.	Coberturas e Procedimentos Garantidos	10
16.	Exclusões de Cobertura	21
17.	Vigência e Condições de Renovação Automática do Contrato	23
18.	Carências	24
19.	Doenças e Lesões Preexistentes	25
20.	Atendimento de Urgência e Emergência	27
21.	Reembolso	29
22.	Rede Credenciada	35
23.	Validação Prévia de Procedimentos - VPP	37
24.	Divergências Médicas	38
25.	Coparticipação	39
26.	Pagamentos Mensais	40
27.	Reajuste da Taxa Administrativa	43
28.	Variação do Preço por Mudança de Faixa Etária	44
29.	Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e/ou aposentados	44
30.	Exclusão do Beneficiário	50

SulAmérica Saúde**Administrado**

31. Cancelamento do Plano de Saúde.....	51
32. Disposições Gerais	52
33. MECASAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro.....	55
34. Proteção de Dados Pessoais	61
35. Glossário	66
36. Assinatura eletrônica.....	69
37. Foro.....	70

Cláusula Adicional de Permanência no Plano de Saúde	71
--	-----------

Termo de Coberturas Adicionais

1. Terapia.....	74
1. Remoção Especial	74

Caderno de Benefícios Adicionais

1. Seguro Viagem.....	75
• Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação.....	78
Seleto I Quarto Coletivo	79
Seleto IV Apartamento	81
• Características Essenciais dos Planos com Coparticipação.....	83
Seleto I Quarto Coletivo	84
Seleto II Apartamento.....	86
Seleto III Apartamento.....	88
Seleto IV Apartamento	90

Sul América Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 41642-8

**Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde
Coletivo Empresarial**

SulAmérica Saúde Administrado
Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Contratada

SulAmérica Serviços de Saúde S.A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Saúde, registrada sob o n.º 41642-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ/MF n.º 02.866.602/0001-51, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua dos Pinheiros, 1.673 – Pinheiros, CEP 05422-012.

2. Qualificação do Contratante

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN , pessoa jurídica com sede na cidade, Estado SP, na AVENIDA ALBERT EINSTEIN, n.º 627, Bairro JARDIM LEONOR, CEP 05652-000, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 60.765.823/0001-30, neste ato representada por seu(s) representante(s) legal(is) abaixo assinado(s), na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada Contratante ou Empresa

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, pessoa jurídica com sede na cidade SÃO PAULO, Estado SP, na Rua THEREZA M DE OLIVEIRA, n.º 121 SL 1, Bairro VILA MARACANA, CEP 05846-420, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 60.765.823/0048-01, neste ato representada por seu(s) representante(s) legal(is) abaixo assinado(s), na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada Contratante ou Empresa

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, pessoa jurídica com sede na cidade SÃO PAULO, Estado SP, na AVENIDA SANTA CATARINA, n.º 2785, Bairro VILA MASCOTE, CEP 04378-200, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 60.765.823/0027-79, neste ato representada por seu(s) representante(s) legal(is) abaixo assinado(s), na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada Contratante ou Empresa

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, pessoa jurídica com sede na cidade APARECIDA DE GOIÂNIA, Estado GO, na AV V 5 SN QUADRA ÁREA LOTE 001E, Bairro CID VERA CRUZ, CEP 74936-600, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 60.765.823/0077-38, neste ato representada por seu(s) representante(s) legal(is) abaixo assinado(s), na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada Contratante ou Empresa

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, pessoa jurídica com sede na cidade APARECIDA DE GOIÂNIA, Estado GO, na Rua AV PORTUGAL 1148 QDL29 LT1E SL 201A, Bairro SET MARISTA, CEP 74936-600, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 60.765.823/0060-90, neste ato representada por seu(s) representante(s) legal(is) abaixo assinado(s), na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada Contratante ou Empresa

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, pessoa jurídica com sede na cidade de GOIÂNIA, Estado GO, na Rua AV PORTUGAL 1148 QDL29 LT1E SL 3, Bairro SET MARISTA, CEP 74.150-030, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 60.765.823/0079-08, neste ato representada por seu(s) representante(s) legal(is) abaixo assinado(s), na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada Contratante ou Empresa

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei nº 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não à rede credenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

4. Natureza do Contrato

Trata-se de um Contrato de Administração de Plano de Saúde regido pela Lei nº 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

5. Tipo de Contratação

O Plano de Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação, a modalidade **Coletivo Empresarial** de que tratam as Resoluções Normativas nº 195/2009, 200/2009 e 204/2009.

6. Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**.

7. Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Contratada para atendimento médico-hospitalar ao Beneficiário. A abrangência geográfica deste plano de saúde, com base na Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação é **Nacional**.

8. Formação do Preço

A formação do preço deste plano de saúde é pós estabelecido na forma de custo operacional em que o valor total das despesas assistenciais é repassado ao Contratante. O valor da mensalidade é calculado após a utilização das coberturas contratadas.

9. Planos

9.1 Os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e estão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde, que é parte integrante deste contrato, na Segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**, de acordo com o plano contratado.

9.2 O plano dos dependentes beneficiários será sempre o mesmo do Beneficiário Titular, inclusive no que se refere à acomodação hospitalar.

9.3 Transferência de Planos

O Contratante deverá optar por um ou mais planos disponibilizados pela Contratada, no momento da contratação, e durante a vigência do plano de saúde poderá ocorrer a transferência de um ou mais Beneficiários para outro plano, por ele indicado.

10. Coberturas e Benefícios Adicionais

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Contratada, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

10.1 As coberturas adicionais estão descritas no Termo de Coberturas Adicionais, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os Benefícios Adicionais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais. As coberturas e benefícios adicionais, quando contemplados pelo plano contratado, estarão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado.

11. Contratação do Plano de Saúde

11.1 Este plano destina-se a Grupos de Beneficiários vinculados à pessoa jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger ainda:

- a)** os sócios da pessoa jurídica Contratante, conforme o caso;
- b)** os administradores da pessoa jurídica Contratante;
- c)** os demitidos sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica Contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- d)** estagiários e menores aprendizes.

11.2 Poderão ainda ser incluídos como grupo familiar/dependentes, exclusivamente, o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros do Beneficiário Titular, menores de **21 (vinte e um) anos**. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial.

11.2.1 A adesão e a permanência do grupo familiar dependerão exclusivamente da participação do Beneficiário Titular.

11.3 Não será aceita a inclusão de Beneficiário que não faça parte do grupo beneficiável definido na proposta de plano de saúde.

11.4 O Contratante é responsável pelas informações prestadas na proposta de plano e cartões proposta do grupo de Beneficiários.

11.5 O Contratante é o responsável por prestar informações referentes aos seus Subcontratantes, que eventualmente venham aderir ao plano, os quais tornar-se-ão, automaticamente, cientes e solidários às condições contratadas.

12. Inclusão de Beneficiários

12.1 O Beneficiário incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente beneficiável e/ou o mesmo dia de vigência do plano de saúde, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT para doenças e/ou lesões preexistentes.

12.2 O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular, incluído no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT, desde que o Beneficiário Titular tenha isenção ou tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de plano.

12.3 Quando o Beneficiário Titular estiver cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, e o recém-nascido for incluído em até 30 (trinta) dias da data do seu nascimento ou adoção, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo Beneficiário Titular, e estará isento da Cobertura Parcial Temporária - CPT para doenças e lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.

12.4 O filho adotivo do Beneficiário Titular, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído no plano com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela e estará isento de Cobertura Parcial Temporária - CPT para doenças e/ou lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.

12.5 O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo Beneficiário Titular pai, e estará isento de Cobertura Parcial Temporária - CPT para doenças e/ou lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.

12.6 O Beneficiário incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, nascimento, adoção, reconhecimento da paternidade ou outro evento que habilite seu ingresso no plano, terá como data de início de vigência a mesma data em que foi pedida sua inclusão, e deverá cumprir os prazos

de carência e estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária - CPT para doenças e/ou lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.

12.7 O Contratante deverá indicar a data de início de vigência do Beneficiário no cartão proposta.

12.8 O Contratante deverá disponibilizar à Contratada, sempre que for solicitada, toda e qualquer documentação necessária que comprove a elegibilidade de todos os Beneficiários incluídos no plano de saúde.

13. Documentos necessários para a contratação do plano e inclusão de Beneficiários:

- a) Contrato Social ou Estatuto Social, conforme o caso, devidamente registrado no órgão competente;
- b) Proposta Comercial, devidamente assinada, sob carimbo, pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar.
- c) Carta original em papel timbrado de nomeação de corretor assinada, sob carimbo, pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar
- d) Proposta assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- e) Condições Gerais assinada, sob carimbo pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- f) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo proponente ou arquivo magnético em linguagem txt cujo *layout* é fornecido pela Contratada;
- g) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- h) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
- i) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da Empresa e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e

pelo empregador, sob carimbo da Empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;

- j) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte (expatriados) e Diário Oficial, outros documentos que a Contratada julgar necessários;
- k) Escritura Declaratória de União Estável lavrada em Tabelionato, Tutela ou Guarda Judicial, Passaporte (expatriados) e Diário Oficial;
- l) Outros documentos que a Contratada julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Beneficiário e o Contratante e o vínculo entre Beneficiário Titular e dependente.

14. Formas de Inclusão e de Exclusão

14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

14.1.1 O Contratante ou o corretor por ele indicado efetuará, sob sua responsabilidade, o registro da inclusão de novos Beneficiários titulares ou dependentes no sistema de Movimentação Eletrônica de Cadastro SulAmérica (“MECSAS”) e através das informações fornecidas será definido, de forma automática, o início de vigência dos Beneficiários incluídos. Quando necessário, ao efetivar a solicitação de inclusão, o sistema, indicará a necessidade do envio de documentos à Contratada para liberação da inclusão.

14.1.2 O Contratante ou o corretor efetuará, sob sua responsabilidade, o registro da exclusão no sistema da Contratada “MECSAS” e, através das informações fornecidas, serão definidas, de forma automática, o fim de vigência.

14.1.2.1 O Contratante se compromete a enviar à Contratada, no ato do registro da exclusão, os documentos que ensejam a exclusão do Beneficiário.

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

14.2.1 Quando não for possível a utilização do MECSAS, o Contratante ou o corretor por ele indicado utilizará a movimentação manual, através da qual deve entregar à Contratada na ocasião da inclusão do Beneficiário, o formulário fornecido pela Contratada, denominado cartão proposta e declaração de saúde, quando aplicável, devidamente preenchidos e assinados pelo(s) representante(s) legal(is) do Contratante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Contratada.

14.2.1.1 Os cartões proposta/declaração de saúde preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas serão devolvidos ao Contratante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Contratada.

14.2.1.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos cartões proposta/declaração de saúde a Contratada iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão, e será considerada nova data para início de vigência do seguro.

14.2.2 Alternativamente, quando não for possível a utilização do MECSAS, o Contratante deverá entregar, obrigatoriamente, à Contratada na ocasião da exclusão do Beneficiário, o formulário de exclusão fornecido pela Contratada, o qual deverá ser entregue devidamente preenchido e assinado pelo(s) representante(s) legal(is) do Contratante, sob carimbo da empresa, bem como estar acompanhado dos documentos comprobatórios do motivo da exclusão. O fim de vigência do respectivo Beneficiário será o último dia que antecede o novo mês de vigência, com base no protocolo de entrega do formulário de exclusão e documentos comprobatórios do motivo da exclusão na Contratada.

15. Coberturas e Procedimentos Garantidos

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, independentemente do local de origem do evento respeitada a área de atuação e abrangência geográfica do plano, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

15.1 Cobertura Assistencial e Disposições Gerais

Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, e respeitados os critérios de credenciamento, reembolso se houver, ou qualquer outro tipo de relação entre a Contratada e prestadores de serviços de saúde, e fica assegurada a cobertura para os itens descritos a seguir:

15.1.1 Cobertura de procedimentos de anestesia e sedação, para os procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.1.2 Cobertura para equipe necessária à realização dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver previsão da participação destes profissionais; e

15.1.3 Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para realização dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações

constem da bula/manual perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

15.1.4 Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observando-se as seguintes definições:

- a) planejamento familiar:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- b) concepção:** fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- c) anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- d) atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos Beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- e) aconselhamento:** processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
- f) atendimento clínico:** realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

15.1.5 Cobertura aos portadores de transtornos mentais que 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.

15.1.5.1 Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, com ou sem intenção de suicídio.

15.1.5.2 As lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

15.1.6 Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos

ou não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT e a segmentação contratada.

15.1.6.1 Procedimentos ou rotinas vinculados à realização de um procedimento ou evento em saúde não coberto não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da Contratada.

15.1.7 Cobertura dos procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

15.1.7.1 Todas as escopias listadas 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.

15.1.8 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.

15.1.8.1 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 pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

15.1.9 Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada, bem como de sua manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do médico assistente.

15.1.10 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a Contratada deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, respeitada a segmentação assistencial, os prazos de carência e a CPT.

15.1.10.1 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.

15.1.11 Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que:

15.1.11.1 a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

15.1.11.2 a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

15.2 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, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, e demais itens descritos a seguir:

15.2.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina – CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

15.2.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

15.2.3 Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.4 Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.5 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, de acordo com a indicação do médico assistente.

- 15.2.6** Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.2.7** Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica da ANS vigente sobre o tema
- 15.2.8** Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao Beneficiário ou pela necessidade de internação.
- 15.2.9** Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
- 15.2.10** Cobertura de 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 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, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.2.10.1** Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- 15.2.11** Cobertura de medicamentos antineoplásico 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 de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:
- a)** medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a 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
 - b)** medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- 15.2.12** Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.13 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.

15.2.14 Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

15.2.15 Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.3 Cobertura Hospitalar

Compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução da ANS específica vigente, bem como os atendimentos ambulatoriais definidos na cláusula 15.3.13 destas Condições Gerais, e todos os itens descritos a seguir:

15.3.1 Cobertura de Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos habilitados pela vigilância sanitária para prestar atendimento ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde que possua a devida competência.

15.3.1.1 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede credenciada na acomodação contratada é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

15.3.2 Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente.

15.3.3 Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Beneficiário, durante o período de internação.

15.3.3.1 Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Beneficiário, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.

15.3.4 Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.

15.3.5 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.3.6 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) 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
- b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

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

15.3.7.1 Caberá ao médico assistente determinar as características das Órteses, Próteses e dos Materiais Especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.3.7.2 O médico assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

15.3.7.3 Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Contratada, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Contratada, de acordo com o disposto nestas Condições Gerais na cláusula 24 Divergências Médicas.

15.3.8 Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante o período de internação.

15.3.9 Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que inclui:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas com deficiência. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.

- c) exclusivamente a acomodação, para os Beneficiários maiores de 18 (dezoito) anos que optaram por planos com acomodação em apartamento.

15.3.10 Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais 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.

15.3.11 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 de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar.

15.3.11.1 O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) 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

b) 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 na cobertura deste Contrato

15.3.12 Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer e a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.3.13 Cobertura dos procedimentos ambulatoriais descritos a seguir cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, respeitada a Diretriz de Utilização – DUT da ANS, quando houver.

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme cláusula 15.2.11 e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral conforme cláusula 15.2.12 destas condições gerais;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, e;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.3.14 É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Contratada 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 vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), EXCETO medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor.

15.3.14.1 O Beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente.

15.3.14.2 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 encontre o receptor.

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

15.3.14.4 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.

15.3.15 É garantida a cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do Beneficiário a sua indicação.

15.3.16 Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substância psicoativa
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F 30 e F 31	Transtornos do Humor
F 84	Transtornos globais do desenvolvimento

15.3.16.1 Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como 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.

15.4 Cobertura Obstétrica

Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, ficam acrescidos os itens a seguir:

15.4.1 Procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, mesmo que não inscrito no seguro saúde.

15.4.1.1 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, ocorrerá desde que o Beneficiário Titular ou dependente tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias. Caso não tenha cumprido, a assistência ao recém-nascido, deve respeitar a carência já cumprida pelo Beneficiário Titular.

15.4.2 Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

15.4.2.1 Entende-se pós-parto imediato, como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

15.4.3 Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetrix habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

15.5 Remoção

Remoção por via terrestre do Beneficiário comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica e área de atuação previstos no contrato, em território brasileiro, respeitado as condições descritas a seguir.

15.5.1 O Beneficiário que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido por via terrestre e a partir da ciência da Contratada, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio Beneficiário ou de seu responsável:

- a)** Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do plano para um Hospital credenciado do plano contratado;
- b)** Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não credenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital credenciado do plano contratado;

- c) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado dentro da área de atuação do plano contratado, somente deverá ser removido quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao Beneficiário na unidade de origem;
- d) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede credenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital credenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada, conforme Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS;
- e) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital credenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede credenciada.

15.5.2 A remoção de Beneficiários que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

- a) Quando o Beneficiário estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede credenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS;
- b) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede credenciada.

16. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da Cobertura deste plano de saúde, as despesas relacionadas a seguir:

16.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

16.2 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não

reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM;

- 16.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 16.4 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 16.5 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
- 16.6 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e *Home Care*, mesmo que as condições de saúde do Beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- 16.7 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;
- 16.8 Tratamentos clínicos e/ou, cirúrgicos com finalidade estética;
- 16.9 Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 16.10 Curativos e materiais de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio, bem como os medicamentos utilizados em atendimento ambulatorial cuja obrigatoriedade de cobertura não esteja estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 16.11 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 16.12 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 16.13 Vacinas e autovacinas;
- 16.14 Inseminação artificial;
- 16.15 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

- 16.16 Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Beneficiário;**
- 16.17 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Beneficiário durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;**
- 16.18 Remoções realizadas por via aérea ou marítima;**
- 16.19 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;**
- 16.20 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e ocorridos exclusivamente em regime de internação hospitalar;**
- 16.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;**
- 16.22 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação – CNH;**
- 16.23 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;**
- 16.24 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;**
- 17. Vigência e Condições de Renovação Automática do Contrato**
- 17.1** O período mínimo de vigência deste contrato está expresso na proposta comercial, que é parte integrante destas Condições Gerais, definido na ocasião da contratação.
- 17.2** Este contrato será renovado automaticamente por período indeterminado, respeitado o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por

escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência à data da rescisão contratual, de qualquer das partes.

17.3 Sempre que este plano for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

18. Carências

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento da mensalidade pelo Contratante, o Beneficiário não tem direito a determinadas coberturas.

Ficará a critério do Contratante adotar carência, para as inclusões após os prazos descritos na cláusula 12. Inclusão de Beneficiários deste contrato.

18.1 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0 :

0 (zero) hora da data de vigência do Beneficiário para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do Beneficiário, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

c) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do Beneficiário para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose, (exames laboratoriais, raio x simples) ultrassonografias sem *doppler* em regime ambulatorial, e as seguintes terapias: fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias com *doppler*, tomografias computadorizadas, *tilt tests*, ressonância magnética, medicina nuclear, ecodopplercardiograma, *holter* cardíaco 24 h, cateterismo cardíaco, angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias e diálises, terapias com imunobiológicos e pulsoterapia, e todos os demais procedimentos cobertos pelo plano de saúde, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de vigência do Beneficiário beneficiário para parto a termo;

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para transplantes de órgãos e tecidos e todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME/DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis).

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para internações psiquiátricas, Incluindo hospital dia.

19. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o Beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde.

19.1 O proponente deverá informar à Contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.

19.2 O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de credenciados, sem qualquer ônus.

19.3 Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.

19.4 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

19.5 Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Contratada oferecerá a cobertura parcial temporária, e, ainda reserva-se ao direito de não oferecer o agravo.

19.6 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do Beneficiário no plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

19.7 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Contratada suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta

tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

19.7.1 Os Procedimentos de Alta Complexidade - PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

19.8 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da vigência do Beneficiário no plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.

19.9 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano de saúde, a Contratada deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário.

19.10 A Contratada poderá 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 plano de saúde;

19.11 A Contratada solicitará abertura de processo administrativo junto a ANS quando da identificação do indício de fraude.

19.11.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à Contratada caberá o ônus da prova.

19.12 A Contratada poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

19.13 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

19.14 Após julgamento, e acolhida à alegação da Contratada pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Contratada, bem como poderá ser excluído do contrato.

19.15 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

19.16 A Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, somente poderá ser aplicada se o Contratante formalizar o ingresso do

Beneficiário no plano de saúde após o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a sua condição de Beneficiário.

19.17 Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Contratada, com vistas à sua admissão no plano de saúde.

20. Atendimento de Urgência e Emergência

20.1 A partir do início de vigência da adesão do Beneficiário a cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35 C, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com as condições descritas a seguir:

20.1.1 Emergência é o evento que implique em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

20.1.2 Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

20.1.3 Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Beneficiário.

20.2 Nos casos de urgência e emergência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

20.3 Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Segurada terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

20.4 Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária - CPT, o Beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes- DLP.

20.5 Nas situações previstas nas cláusulas 20.2, 20.3 e 20.4, ocorrendo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do

atendimento, a cobertura cessará, não obrigando a Contratada ao ônus destes atendimentos.

20.6 Fica garantida a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao Beneficiário ou pela necessidade de internação para os Beneficiários em cumprimento dos períodos de carência ou cobertura parcial temporária, ou ainda quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.

20.6.1 Caberá à Contratada o ônus e a responsabilidade da remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

20.6.2 Na remoção, a Contratada deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

20.6.3 Quando o Beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

20.6.4 Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de morte do Beneficiário, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Contratada deste ônus.

20.7 Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.

20.8 Após o cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária, estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, e se houver necessidade de remoção, deverá observar todas as condições da cláusula 15.5 - Remoção destas Condições Gerais.

20.9 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede credenciada deste Contrato, e tenha o Beneficiário desembolsado qualquer valor para atendimento, poderá solicitar o reembolso à Contratada, desde que o atendimento tenha ocorrido dentro da abrangência geográfica e na área de atuação deste Contrato. O valor a ser reembolsado será nos limites das obrigações contratuais de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral. Para estes casos serão aplicadas, no que couber, as

regras e as condições de reembolso previstas na cláusula de Reembolso, abaixo.

20.9.1 Os documentos para a solicitação do reembolso de que trata a cláusula anterior deverão ser enviados para a SulAmérica por meio do *website* www.sulamerica.com.br/saudeonline ou do aplicativo da Contratada, SulAmérica Saúde, mediante dados de acesso (*login* e senha) pessoais e intransferíveis, estando elencados, para qualquer hipótese, na cláusula de Reembolso, abaixo.

21. REEMBOLSO

21.1. O Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares, as quais serão reembolsadas de acordo com o plano contratado, desde que cumpridos os critérios estabelecidos na cláusula 21.2 abaixo.

21.2. O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Beneficiário e/ou por seus Dependentes será realizado desde que, cumulativamente, tais despesas:

- a)** sejam decorrentes de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, ou estejam previstas contratualmente;
- b)** tenham ocorrido em quantidade prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT da ANS, vigentes à época do evento, e compatível ao fim a que se destina;
- c)** tenham sido prévia e comprovadamente pagas, mediante a apresentação do comprovante de desembolso;
- d)** o prestador dos serviços/atendimento utilizado pelo Beneficiário esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados; e
- e)** o prestador utilizado pelo Beneficiário não seja referenciado da Contratada ou, se referenciado, o serviço prestado não seja referenciado pela Contratada.

21.2.1. Não obstante o constante na cláusula 21.2, para fins de prevenção de fraudes e nos termos da Resolução Normativa nº 529/2022, à Contratada é resguardado o direito de formular questionamentos e de solicitar documentos complementares em caso de dúvidas, bem como de realizar auditorias quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos acima e/ou a confirmação de qualquer outra informação e/ou elemento apresentado quando da solicitação de reembolso.

21.3 Os valores a serem reembolsados não guardam qualquer relação com os preços negociados e pagos pelo Beneficiário Titular e/ou por seus Dependentes junto a

quaisquer profissionais e/ou clínicas, não havendo, portanto, qualquer obrigatoriedade de reembolso integral de tal despesa por parte da Contratada.

21.4 Diárias Hospitalares - Para efeito de reembolso:

- a) “diárias hospitalares” incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem relacionados e compatíveis com o evento coberto;
- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária hospitalar normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória; e
- c) diárias de partos incluem: a permanência da parturiente e do(s) recém-nascido(s) em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto e pós parto, incluindo registros hospitalares, alojamento, alimentação da parturiente, alimentação do recém-nascido, banho no leito, administração de medicamentos e demais serviços de enfermagem necessários e compatíveis com o evento coberto, além da acomodação e alimentação relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do parto.

21.6 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos e contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, será efetuado com base nos preços negociados na rede credenciada do respectivo plano, vigentes na data de sua utilização, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8/1998, alterada pela CONSU nº 15/1999, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

21.7 Serão reembolsadas Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, e Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial. e Internações Hospitalares.

21.7.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento.

21.8 Tabela SulAmérica Saúde

21.8.1 A Tabela SulAmérica Saúde consiste na relação de procedimentos médico-hospitalares com as correspondentes Unidades de Serviços que serão utilizadas como base para o cálculo do valor de reembolso das despesas médico-hospitalares.

21.8.2 A Tabela SulAmérica Saúde poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além das coberturas adicionais que venham a ser contratadas.

21.8.3 A Tabela SulAmérica Saúde, de acordo com a segmentação contratada, está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, assim como está disponível a todos os Beneficiários na sede do Contratante e na área logada do *website* www.sulamerica.com.br/saudeonline.

21.9 Para o cálculo de reembolso serão considerados:

21.9.1 Unidade de Serviço (US) - É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

21.9.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.1 – Múltiplo de Reembolso das Características Essenciais dos planos.

21.9.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano. **O valor inicial da USR é de R\$ 0,9176, o qual também está expresso na Proposta de Plano.**

21.9.4 O valor da USR de reembolso poderá ser reajustado mediante livre negociação entre a Contratada e o Contratante, em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8/1998, alterada pela CONSU nº 15/1999, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

21.9.4.1 O reajuste do valor da USR não está de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste da taxa administrativa

21.10 O valor do reembolso será calculado em moeda corrente nacional, conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

21.11 Múltiplo de Reembolso: Os Múltiplos de Reembolso estão especificados na cláusula 2.1 – Múltiplo de Reembolso das Características Essenciais dos planos.

- 21.12 Coparticipação:** O valor correspondente à coparticipação, quando houver previsão na cobertura do plano contratado, será deduzido do valor a ser reembolsado ao Beneficiário Titular.
- 21.13 Prazo de reembolso:** O reembolso, se atendidos todos os requisitos previstos nestas Condições Gerais, será efetuado diretamente em conta bancária de titularidade do Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.
- 21.14** O valor reembolsado não será, em hipótese alguma, superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário pelas respectivas despesas.
- 21.15 Prazo de solicitação de revisão de valores de reembolso:** É facultado ao Beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Contratada.
- 21.16** Caso o plano contratado possua cobertura para o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas realizadas no exterior, as respectivas condições estarão previstas nas Características Essenciais do Plano correspondente.
- 21.16.1** O reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional (Brasil), utilizando-se a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data do pagamento do atendimento realizado.
- 21.17 Prazo de solicitação de reembolso:** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 21.18 Para solicitação do reembolso das despesas médicas, terapias e/ou hospitalares é obrigatória a apresentação dos seguintes documentos:**
- a)** Cópia do cartão de identificação;
- b)** Nota fiscal quitada ou, exclusivamente nos casos em que a legislação não exigir a emissão de nota fiscal, recibo original e quitado, devendo conter em qualquer hipótese:
- Razão Social e nº de CNPJ do estabelecimento de atendimento, se pessoa jurídica;
 - Nome completo e nº de CPF do Beneficiário atendido;
 - Nome completo, nº de CPF, telefone, nº de CRM e especialidade do médico que prestou o atendimento ao Beneficiário;

- Nome completo, nº de CPF, telefone e número de inscrição no respectivo conselho regional (CRP, CRFa, CRN) do profissional que realizou a terapia;
- Descrição do(s) serviço(s) realizado(s), quantidade com valor unitário, data(s), horário(s) e endereço completo do local de atendimento;
- Descrição do diagnóstico ou código do CID;
- Descrição de materiais e medicamentos utilizados no atendimento do Beneficiário com valor unitário; e,
- Assinatura do profissional que realizou o atendimento do Beneficiário.

b) Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver.

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

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

21.20 Além dos recibos e notas fiscais, o Beneficiário deverá apresentar à Contratada comprovante que demonstre o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque ou demonstrativo de pagamento eletrônico ou comprovante individual de lançamento em cartão de crédito, sendo que na hipótese de pagamento em dinheiro, o Beneficiário deverá preencher uma declaração de pagamento, conforme modelo disponibilizado pela Contratada.

21.21 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Contratada solicitará ao Beneficiário documentos e/ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas Condições Gerais para efetivação do reembolso, que, se aprovado, será realizado em 30 (trinta) dias a partir da entrega completa pelo Beneficiário à Contratada das informações e dos documentos complementares.

21.22 O Beneficiário Titular deverá manter os seus dados cadastrais, bem como de seus dependentes, devidamente corretos, completos e atualizados, antes da solicitação de reembolso, a fim de que a Contratada seja capaz de entrar,

eventualmente, em contato com ele e/ou com o seu grupo familiar, em caso de dúvidas e/ou solicitações adicionais, se aplicável.

- 21.23** A relação de documentos necessários para Reembolso também poderá ser consultada no endereço eletrônico <https://saude.sulamericaseguros.com.br/reembolsosaude/home.htm>, sendo certo que tal consulta não invalida a necessidade de envio de informações e/ou documentos adicionais, conforme previsto na cláusula 21.22.
- 21.24** O Contratante obriga-se a informar aos Beneficiários o endereço eletrônico mencionado acima, para consulta da relação de documentos necessários para solicitação de reembolso, bem como que informações e/ou documentos adicionais poderão ser solicitados pela Contratada.
- 21.25** **Guarda de documentos:** A Contratada somente manterá em sua guarda recibos e notas fiscais originais, referentes às despesas ressarcidas, total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.
- 21.25.1** **Será de responsabilidade do Beneficiário guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, por no mínimo 5 (cinco) anos, quando a solicitação de reembolso for enviada à Contratada de forma eletrônica.**
- 21.25.2** **O Beneficiário deverá enviar à Contratada os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída e, portanto, sua solicitação de reembolso não ser deferida e/ou, em tendo sido efetuado o reembolso, dada a ausência de comprovação da regularidade da documentação apresentada ou posterior identificação de indícios de fraude ou de fraude comprovada, de ser obrigado ao ressarcimento de tais valores à Contratada.**
- 21.26** À Contratada é resguardado o direito de realizar auditorias, a qualquer tempo, para confirmar a conformidade dos documentos apresentados pelo Beneficiário e do processo de pedido de reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares, de acordo com as obrigações a ele relacionadas nestas Condições Gerais.
- 21.26.1** A auditoria poderá ser realizada por equipe de auditoria interna da Contratada ou por meio de terceiro contratado.
- 21.26.2** O Beneficiário deverá enviar à Contratada, dentro do prazo de solicitação de Reembolso, evidências que demonstrem a conformidade dos documentos apresentados por ele e do processo de pedido de reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares.
- 21.27** A solicitação de Reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares por terceiros é terminantemente proibida, devendo ser realizada exclusivamente pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependentes.

21.28 O Beneficiário deverá manter sigilo e confidencialidade em relação aos seus dados de acesso (*login* e senha) ao *website* www.sulamerica.com.br/saudeonline e ao aplicativo da Contratada, Sulamérica Saúde, sendo vedado o seu compartilhamento ou a sua divulgação com/para terceiros, em qualquer hipótese, sob pena:

- a) da exclusão da sua conta de acesso aos canais digitais da Contratada;
- b) do não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiro;
- c) do cancelamento imediato e motivado do plano de saúde do respectivo Beneficiário Titular e de seu grupo familiar, inclusive na hipótese de compartilhamento/divulgação de dados de acesso aos canais digitais da Contratada por Beneficiário Dependente, sem direito à devolução das mensalidades pagas; e
- d) de o Beneficiário responsável pelo compartilhamento ser obrigado a ressarcir à Contratada os danos que sobrevierem dessa divulgação indevida.

21.29 Não haverá reembolso quando se tratar de procedimento não coberto pelo plano de saúde ou quando, por exemplo, for identificado o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento) **e/ou** com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada consulta/procedimento **e/ou** quando deixar de ser comprovado o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso **e/ou** quando ocorrer a solicitação de reembolso por terceiros **e/ou** de consulta/procedimento não ocorrido ou diverso do efetivamente realizado **e/ou** quando identificada qualquer rasura, adulteração e/ou indício de fraude no documento apresentado **e/ou** no processo de pedido de reembolso em si, na medida em que tal(is) prática(s) configura(m) conduta(s) tipificada(s) no Código Penal Brasileiro.

21.30 Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a Contratada se reserva o direito de cancelar imediatamente o plano de saúde do respectivo Beneficiário Titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução das mensalidades pagas, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por Beneficiário Dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do Beneficiário Titular, qualquer de seus Dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela Contratada qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.

22. Rede Credenciada

22.1 A Rede Credenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, opcionalmente colocados à disposição dos Beneficiários pela Contratada, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

22.1.1 Os estabelecimentos hospitalares, bem como os profissionais médicos são classificados por especialidade médica, sendo clínica médica ou cirúrgica e disponibilizados aos Beneficiários de acordo com o plano contratado.

22.2 A relação da rede credenciada será disponibilizada por meio do *website* www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

22.3 Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Credenciada será indispensável a apresentação do Cartão Digital SulAmérica Saúde, documento de identidade e validação prévia de procedimentos, quando necessária.

22.4 A Contratada efetuará, por conta e ordem do Beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Credenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente plano.

22.4.1 Nestas situações, o beneficiário não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia de Procedimento (VPP) e o plano contratado.

22.5 As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede credenciada.

22.6 A Rede Credenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da Contratada, respeitando os critérios estabelecidos nas normas da ANS e legislação vigentes, em especial o Art. 17 da Lei nº 9.656/98.

22.6.1 Na hipótese de descredenciamento por iniciativa da Contratada, exclusivamente no que se refere a entidades hospitalares que apresentem faturamento nos últimos doze meses, a Contratante será comunicada previamente, mediante emissão de comunicado, pela Contratada, com 10 dias de antecedência do início do processo interno de descredenciamento.

22.6.1.1 Para as demais hipóteses de descredenciamento, tais como, mas não se limitando, de entidades hospitalares que não apresentem faturamento, pedido de descredenciamento da própria entidade hospitalar, descredenciamento motivado por hipóteses de fraudes, abusos e descumprimento contratual, ou ainda nos casos de exclusões parciais de especialidades ou serviços, não haverá comunicação prévia ao Contratante.

22.6.2 Na hipótese descrita na cláusula 22.6.1, caso a Contratante opte, expressamente, por meio de seu representante legal, com poderes para tal decisão, por solicitar a manutenção da entidade hospitalar na Rede Credenciada, deverá comunicar à Contratada, dentro do prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis do recebimento da comunicação citada na cláusula 22.6.1 acima. Sendo certo que, ao término do prazo aqui estipulado, caso não haja comunicação da Contratante, será dado andamento ao processo

de descredenciamento. A referida solicitação não irá garantir a permanência da entidade hospitalar na Rede Credenciada, cuja manutenção dependerá da análise da Contratada, bem como, do êxito de eventual negociação entre a CONTRATADA e a entidade hospitalar.

22.6.3 Ainda que solicitada a exclusão de entidade hospitalar da Rede Credenciada, a Contratada não poderá garantir a sua efetivação, uma vez que esta dependerá de expressa autorização da ANS, conforme determinam as normas vigentes.

22.6.4 A relação contendo toda movimentação da rede credenciada estará disponível no site www.sulamerica.com.br, e na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

22.7 O Beneficiário, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede credenciada, deverá contatar a Contratada para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Beneficiário, previstos na Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

22.8 Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede credenciada da SulAmérica no município de demanda do Beneficiário, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS.

23. Validação Prévia de Procedimentos - VPP

23.1 Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia de procedimento (VPP), a qual será concedida pela Contratada após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente.

23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas

23.1.2 Remoções

23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias

a) Serviços auxiliares de diagnose, tais como: eletrocardiografia dinâmica (*Holter*), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “*tilt tests*” e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não);

b) Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

23.1.4 Serviços ambulatoriais, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto

unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

23.2 Na validação prévia de procedimentos (VPP) para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia de procedimentos (VPP) deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Contratada.

23.3 Para análise adequada da validação prévia de procedimentos (VPP), a Contratada reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares, ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Beneficiário anteriormente.

24. Divergências Médicas

As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços cobertos pelo plano contratado, serão resolvidas por junta médica, nos termos da legislação da ANS, vigente à época do evento.

24.1 As divergências e dúvidas de natureza médica, sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, serão solucionadas por meio de realização de junta médica. A junta médica será formada por três profissionais: o médico assistente, o médico da Contratada e o médico desempatador.

24.2 O médico assistente e o médico da Contratada poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do médico desempatador, sendo que o parecer do médico desempatador será acatado para fins de cobertura.

24.2.1 O médico desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento em questão, de acordo com o Conselho Federal de Medicina – CFM.

24.3 A Contratada deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento, nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

24.4 No caso de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, deverão ser observadas as seguintes disposições:

24.4.1 Caberá ao médico assistente determinar as características das órteses, próteses e dos materiais especiais necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

24.4.2 O médico assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos, três marcas de produtos, de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

24.5 A junta médica deve ser composta somente por médicos. Poderá integrar, como desempatador, um médico, se convidado, em comum acordo entre

médico assistente e o médico da Contratada, para opinar em assuntos de sua competência.

24.6 A Contratada deverá notificar, simultaneamente, o médico assistente e o Beneficiário, ou seu representante legal. A notificação deverá conter:

- a) a identificação do médico da Contratada, responsável pela avaliação do caso;
- b) os motivos da divergência técnico-assistencial;
- c) a indicação de quatro médicos para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;
- d) o prazo para a manifestação do médico assistente;
- e) a informação de que, ocorrendo recusa, intempestividade ou silêncio do médico assistente, quanto à indicação do médico desempatador para formar a junta, haverá eleição, pela Contratada, dentre os indicados, do médico desempatador;
- f) a informação de que o Beneficiário ou médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;

d) a informação de que a ausência não comunicada do Beneficiário, no caso de junta presencial, desobriga a Contratada de cobrir o procedimento solicitado.

24.7 O médico assistente tem o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 24.6 supra, para manter a indicação clínica, ou acolher o parecer da Contratada que motivou a divergência técnico-assistencial.

24.8 A junta deverá ser concluída com a elaboração de parecer técnico do médico desempatador, devendo tal parecer ser informado pela Contratada em até 02 (dois) dias úteis ao Beneficiário e ao profissional assistente.

24.9 Caso a indicação do parecer conclusivo seja pela não realização do procedimento, não restará caracterizada, por parte da Contratada, a negativa de cobertura assistencial indevida.

25. Coparticipação

25.1 É a participação financeira do Beneficiário titular ou dependente na despesa assistencial, após a realização dos procedimentos descritos a seguir.

25.2 A coparticipação incidirá sobre os valores referentes a consultas médicas, atendimento em pronto socorro, exames e terapias e os percentuais estão descritos na cláusula 25.4 Tabela de Percentuais de Coparticipação.

25.3 A COPARTICIPAÇÃO, QUANDO APLICÁVEL NO PLANO CONTRATADO, ESTÁ INDICADA NAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DOS PLANOS.

25.4 Tabela de Percentuais de Coparticipação.

Descrição do Serviço	Percentual
Consultas Médicas	40%
Atendimento em Pronto Socorro	25%
Exames	25%
Terapias *	25%

a)(*)Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Recuperação Postural Global - RPG e Acupuntura;

25.5 Os valores referentes à coparticipação dos Beneficiários quando da realização dos procedimentos listados na cláusula 26.4 na rede credenciada serão informados ao Contratante mediante envio de relatório mensal.

25.6 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste Contrato, o valor de coparticipação dos Beneficiários titulares e dependentes será descontado do valor a ser reembolsado ao Beneficiário Titular.

25.7 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

26. Pagamentos Mensais

26.1 A formação do preço deste plano de saúde é pós estabelecida na forma de custo operacional em que o valor total das despesas assistenciais é repassado ao Contratante.

26.1.1 Com base no perfil de Beneficiários informado pelo Contratante, a Contratada define uma estimativa de custos que o Contratante poderá vir a ter que pagar. Esta estimativa está baseada no banco de dados composto pelos Beneficiários da Contratada.

26.1.2 Os parâmetros considerados pela Contratada, para elaborar essa estimativa, estão de acordo com as determinações do Estatuto do Idoso e Resolução Normativa nº 63/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

26.2 Os pagamentos mensais incluem a totalidade das despesas assistenciais e taxa administrativa que são de responsabilidade do Contratante, que serão cobradas por meio de fatura. Caso a data e vencimento das faturas coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

26.2.1 Os valores decorrentes de acertos oriundos de inclusão e/ou exclusão de Beneficiários, serão contabilizados no mês subsequente às movimentações.

26.2.2 Pelo atraso no pagamento de qualquer importância devida à Contratada, seja referente à taxa administrativa e/ou custo operacional, o Contratante ficará sujeito aos juros de mora legais de 1% (um por cento) ao mês, calculados pro rata dia, bem como multa de 2% (dois por cento) exigível sobre o total do débito, tudo acrescido, até o efetivo pagamento da dívida, da correção monetária, quando permitida por lei, com base na variação de índice oficial.

26.2.3 O atraso no pagamento de qualquer importância devida à Contratada, implicará na suspensão automática dos serviços prestados, objeto deste contrato.

26.2.3.1 Ao identificar o não recebimento da mensalidade, a Contratada comunicará imediatamente o Contratante para que haja tempo hábil de regularização. Caso o atraso no pagamento da mensalidade ultrapasse 10 (dez) dias consecutivos da data do respectivo vencimento, este inadimplemento, poderá implicar na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo da Contratada exercer o seu direito contratual de denunciar o contrato caso a inadimplência persista nos termos da cláusula 31.2.1 item c.

26.2.4 O direito à prestação dos serviços pela Contratada será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização dos pagamentos devidos.

26.2.5 O atraso no pagamento da importância devida por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento do contrato pela Contratada, observado o disposto na subcláusula abaixo.

26.2.5.1 Antes do efetivo cancelamento do contrato, a Contratada comunicará o Contratante nos termos da cláusula 26.2.3.1 porém persistindo o atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, o contrato será cancelado.

26.2.6 O pagamento da importância mensal, não quita eventuais débitos anteriores.

26.2.7 Se a Contratada não identificar o pagamento da importância devida pelo Contratante de qualquer mês vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

26.3 Composição da Mensalidade

Conforme mencionado na cláusula anterior, o pagamento da mensalidade é a totalidade das despesas assistenciais, as quais estão incluídas as seguintes despesas e a taxa administrativa:

- a) Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e laboratoriais, rede credenciada e reembolso;
- b) Taxa Administrativa;
- c) Cobrança do Ressarcimento ao SUS;

d) Despesas judiciais (quando houver).

26.3.1 Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e laboratoriais na rede credenciada

Serão integralmente custeadas pelo Contratante todas as despesas com o atendimento médico-hospitalar e laboratorial previstas no Plano de Saúde.

26.3.1.1 As despesas com os serviços médicos serão custeadas pelo Contratante com base nos preços negociados pela Contratada com a rede credenciada, de acordo com o plano contratado. O pagamento pelo Contratante será efetuado de acordo com o Cronograma de Pagamento à Rede Credenciada. O Cronograma de Pagamento é parte integrante deste contrato de plano de saúde e será atualizado anualmente. Os preços na rede credenciada serão reajustados anualmente.

26.3.1.2 A Contratada apresentará ao Contratante relatório detalhado de todos os atendimentos realizados para pagamento, conforme cronograma de pagamento.

26.3.1.3 Todos os documentos comprobatórios dos atendimentos ficarão à disposição do Contratante para verificação e auditoria.

26.3.2 Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e laboratoriais no reembolso

26.3.2.1 A Contratada adiantará o pagamento do reembolso das despesas médico-hospitalares e laboratoriais despendidas pelos Beneficiários do Contratante por período definido em aditivo contratual, e encaminhará para esta, a fatura com o valor total reembolsado, devidamente corrigido por índice definido em aditivo contratual.

26.3.2.2 Todos os documentos comprobatórios dos reembolsos pagos ficarão sob a guarda da Contratada à disposição do Contratante para verificação e auditoria pelo período de 5 (cinco) anos.

26.3.3 Taxa Administrativa

É a importância paga antecipadamente pelo Contratante à Contratada, em moeda corrente nacional, pela gestão e operacionalização do Plano de Saúde. O valor para cada Beneficiário cadastrado e data de vencimento estão definidos em Proposta Comercial, que é parte integrante deste Contrato.

26.3.4 Cobrança do Ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde

O Contratante reconhece como despesas deste contrato os atendimentos e/ou eventos realizados em seus Beneficiários oriundos das cobranças apresentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pertinentes ao Ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), cuja obrigação legal encontra-se prevista no artigo 32, da Lei n.º 9.656/98.

26.3.4.1 O Contratante restituirá à Contratada das despesas relacionadas na cláusula anterior no mês imediatamente posterior ao pagamento/recolhimento destas junto à ANS, desde que devidamente comprovadas.

26.3.5 Despesas Judiciais

26.3.5.1 O Contratante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais relativos ao plano de saúde objeto da presente avença, obrigando-se o Contratante a ressarcir à Contratada, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Beneficiários principais e/ou dependentes.

26.3.5.2 O Contratante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Contratada.

26.3.5.2.1 As Partes, de comum acordo, determinarão, antes da efetiva cobrança do ressarcimento das despesas referidas nas cláusulas anteriores, a forma e prazos de pagamento dos respectivos valores, mediante emissão de Termo e/ou Aditivo Contratual.

26.3.5.3 O Contratante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Contratada, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Contratada for demandada.

27. Reajuste da Taxa Administrativa

27.1 O reajuste da taxa administrativa, descrita na cláusula 26.3.3 acima, ocorrerá anualmente, a cada 12 (doze) meses, enquanto vigorar o Contrato, e a aplicação deste ocorrerá sempre no aniversário do Contrato. O reajuste será livremente negociado entre as Partes, tendo-se, como referência para tal negociação, o índice divulgado para o IPCA, acumulado dos últimos 12 (doze) meses. Não havendo êxito na negociação, o reajuste será aplicado tendo por base o índice IPCA acumulado dos últimos 12 (doze) meses.

27.2 A cada 12 (doze) meses de vigência do Contrato, o reajuste acima mencionado será realizado pela aplicação do índice IPCA, acumulado em 12 (doze) meses, o qual será comunicado, pela CONTRATADA ao CONTRATANTE, com 60 (sessenta) dias de antecedência à data de aniversário do Contrato, com a consequente atualização do valor da taxa administrativa.

27.2.1 A fatura com a nova taxa administrativa que passará a vigorar pelo próximo período de 12 (doze) meses, será enviada ao Contratante, e a data de vencimento estará indicada na fatura.

27.2.2. O período de apuração do índice IPCA acumulado será composto sempre pelos 12 (doze) meses que antecedem o prazo de 90 (noventa)

dias para envio do valor atualizado, conforme item 27.2, salvo determinação ou autorização diversa pelo órgão governamental competente.

28. Variação do Preço por Mudança de Faixa Etária

28.1 O preço será adequado quando os Beneficiários mudarem de faixa etária, aplicando o percentual sobre o último valor individual. A adequação do valor mensal ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário.

28.2 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63/2003, Artigo 3º, Incisos I e II da ANS, e definidas em Aditamento Contratual, se houver.

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

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

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

28.2.4 A readequação por mudança de faixa etária não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN nº 195/2009 da ANS.

29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos sem justa causa e/ou aposentados

29.1 A extensão de cobertura assistencial é o direito de manutenção da condição de Beneficiário para ex-empregados demitidos sem justa causa ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham contribuído com o plano nos termos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

29.2 Ex- Empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

29.2.1 Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o plano, contratado na vigência da Lei nº 9.656/98, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

29.2.2 O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o plano, na vigência da Lei nº 9.656/98, ou seus produtos sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

29.2.3 Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento do desligamento ou exoneração, sem justa causa, é assegurado ao

empregado o direito previsto no artigo 30 da Lei nº 9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.

29.2.4 Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.

29.2.4.1 Essa obrigatoriedade não impede que a condição de Beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

29.2.4.2 É permitida, ainda, ao Beneficiário Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

29.2.5 Em caso de morte do Beneficiário Titular, é garantido aos Beneficiários Dependentes, o direito de manter a condição de Beneficiários deste plano, pelo período remanescente da extensão da cobertura, nos termos desta cláusula, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.

29.2.6 O direito de manutenção, assegurado no plano, para ex-empregados, demitidos sem justa causa ou exonerados, sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho, o que deverá ser devidamente formalizado por meio de Termo Aditivo a este contrato.

29.2.7 A condição de Beneficiário, de ex-empregado, demitido ou exonerado, sem justa causa, deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego, cancelamento do plano pelo Contratante, inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato, tanto pelo Contratante quanto pelo Beneficiário ou pelo decurso do prazo previsto na cláusula 30.2.2, acima.

29.2.8 A manutenção da condição de Beneficiário no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, reajuste, preço, faixa etária e coparticipação, existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

29.3 Ex- Empregado Aposentado

29.3.1 Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o plano, contratado na vigência da Lei nº 9.656/98, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

- 29.3.2** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o plano contratado na vigência da Lei nº 9.656/98, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu produto sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.
- 29.3.3** Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.
- 29.3.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- 29.3.4.1** Essa obrigatoriedade não impede que a condição de Beneficiário seja mantida pelo ex-empregado aposentado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
- 29.3.4.2** É permitida, ainda, ao Beneficiário Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 29.3.5** Em caso de morte do Beneficiário Titular na vigência do benefício, é garantido aos Beneficiários Dependentes, o direito de manter a sua condição de Beneficiários deste plano, pelo período remanescente da extensão da cobertura, prevista nesta cláusula, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.
- 29.3.6** Ao aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, e veio a falecer antes de ter adquirido o benefício, é garantido aos dependentes inscritos no plano, a manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.
- 29.3.7** O direito de manutenção, assegurado no plano, ao aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho, o que deverá ser devidamente formalizado entre as Partes por meio de Termo Aditivo.
- 29.3.8** A manutenção da condição de Beneficiário no mesmo plano em que se encontrava, quando da aposentadoria, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, de reajuste, preço, faixa etária e coparticipação existentes, durante a vigência do contrato de trabalho.

29.4 Da Mudança de Operadora

29.4.1 No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde, pelo Contratante, mediante a contratação sucessiva de mais de uma Operadora, serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, decorrentes da contratação do Contratante com várias Operadoras. Esta condição somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual, que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

29.4.2 Os ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, Beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma Operadora contratada para disponibilizar plano aos empregados ativos.

29.5 Da Sucessão de Empresa Empregadora

A contribuição do empregado, no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde, oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

29.6 Comunicação ao Beneficiário

29.6.1 Será de inteira responsabilidade do Contratante, oferecer a Extensão de Cobertura do plano ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado, que contribuiu, a qualquer tempo, com o benefício, de acordo com os critérios definidos neste contrato.

29.6.2 O Contratante também deverá comunicar os dependentes do aposentado, que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer, antes de ter exercido o benefício, o direito à manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.

29.6.2.1 O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, o aposentado e/ou os seus dependentes, nos casos descritos na cláusula anterior, poderão optar pela manutenção da condição de Beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Contratante, formalizada no ato da rescisão contratual ou da data do óbito do aposentado.

29.6.3 A contagem do prazo de 30 (trinta) dias, somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, sobre a opção de manutenção da condição de Beneficiário, em equivalência àquelas que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho.

29.6.4 O valor da mensalidade a ser paga pelo ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado ou dependentes do aposentado falecido, deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações, disponibilizada aos Beneficiários quando da contratação do plano.

29.6.5 A SulAmérica disponibilizará no Portal SulAmérica Saúde *Online*, nos módulos Empresa e Beneficiário, o valor correspondente ao custo por faixa etária, mesmo que tenha sido adotado faturamento por preço único, ou haja financiamento do Contratante, conforme determina a Resolução Normativa da ANS nº 488/2022. A forma de cobrança atualmente contratada permanece inalterada.

29.6.6 É permitido ao Contratante subsidiar parte ou a integralidade do benefício de extensão do plano de assistência à saúde dos seus ex-empregados inativos ou parte deles, de acordo com seu critério. Para tanto, deverá informar ao Beneficiário o seu custo na integralidade e o valor correspondente subsidiado.

29.6.6.1 O subsídio suportado pelo empregador não caracteriza distinção/alteração na forma de cobrança estabelecida pela empresa empregadora para o seu grupo de demitidos sem justa causa e/ou aposentados.

29.7 Responsabilidades do Contratante

29.7.1 O Contratante é responsável pelo oferecimento da Extensão de Cobertura Assistencial ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, nos termos deste aditivo contratual.

29.7.2 O Contratante deverá informar à Contratada, no ato da exclusão de qualquer Beneficiário, por meio de formulário e/ou ferramenta eletrônica, os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa 488/2022, os quais são:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa da ANS RN nº 488/2022, que trata do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do plano assistencial;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano;
- e) se o ex-empregado ou aposentado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

29.7.2.1 A exclusão será aceita pela Contratada, sendo de responsabilidade do Contratante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Beneficiário, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa da ANS nº 488/2022, conforme cláusula anterior.

29.7.3 O Contratante deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial, que comprove a elegibilidade dos Beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa -, bem como dos aposentados, devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio da ferramenta eletrônica e da cobertura ao Grupo de Beneficiários.

29.7.4 Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada, seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas, junto aos órgãos de fiscalização.

29.7.5 O Contratante deverá comunicar, por escrito, à Contratada, em até 30 (trinta) dias após o desligamento ou o falecimento do aposentado, a opção do Beneficiário pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:

- a)** Formulário próprio do Contratante com as informações constantes no artigo 11 da RN da ANS nº 488/2022, devidamente assinado pelo Contratante e pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado;
- b)** Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;
- c)** Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e da Concessão de Aposentadoria;
- d)** Se aposentado falecido, cópia da Concessão de Aposentadoria e da Certidão de Óbito.

29.7.6 O Contratante, neste ato, responsabiliza-se, por quaisquer reclamações ou outros procedimentos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser propostos, a qualquer tempo, por seus Beneficiários contra a Contratada, relacionados à incorreção das informações prestadas, pelo Contratante, no formulário ou meio eletrônico, disponibilizados para a exclusão e/ou transferência de Beneficiários, bem como, por irregularidade na correspondente documentação.

29.8 Disposições Gerais

- 29.8.1** A cobrança direta da mensalidade ao ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa ou aposentado, quando da extensão do benefício, em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela Contratada, desde que por conta e ordem do Contratante.
- 29.8.2** Mesmo que haja acordo entre a Contratada e o Contratante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Contratante, os Beneficiários continuarão vinculados ao plano coletivo, para todos os fins, dentre os quais, o reajuste.
- 29.8.3** Quando houver cancelamento do plano, o Beneficiário poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Contratada, sob o registro nº 416428, esteja comercializando produto individual na ocasião.
- 29.8.4** O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes, vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências, conforme previsto nas Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

30. Exclusão do Beneficiário Titular

30.1 A Contratada efetuará a exclusão do Beneficiário Titular, nas seguintes situações:

- a) Após cientificação, pelo Contratante, nos termos da legislação vigente, acerca da solicitação do Beneficiário Titular;**
- b) Por solicitação do Contratante, resguardado o direito de Extensão de Cobertura Assistencial, previsto na legislação vigente, nos casos de término de vínculo empregatício, sendo de inteira responsabilidade do Contratante informar, à Contratada, sobre a extinção do vínculo do Beneficiário Titular;**
- c) Por solicitação do próprio Beneficiário Titular, sem a anuência do Contratante, nos termos da legislação vigente;**
- d) Devido ao Cancelamento do Contrato por qualquer das Partes;**
- e) Em caso de morte do Beneficiário Titular. A exclusão do Beneficiário deverá ser comunicada pelo Contratante em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança da mensalidade;**
- f) Infrações ou fraudes comprovadas, ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas, do Plano ou da Contratada, praticadas por qualquer dos Beneficiários;**

- g) Por falta de observação e cumprimento, pelo Beneficiário e seus dependentes, das obrigações previstas no Contrato, ou no caso de declarações inexatas, prestadas à Contratada, a qualquer momento;**

30.2 O Beneficiário Dependente será excluído do Contrato nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida neste Contrato;**
- b) Exclusão do Beneficiário Titular;**
- c) Por solicitação do Beneficiário Titular, nos termos da legislação vigente;**
- d) Devido ao Cancelamento do Contrato por qualquer das Partes;**

31. Cancelamento do Plano de Saúde

31.1 Cancelamento do plano de saúde por iniciativa da Contratada e/ou do Contratante.

- a) O cancelamento imotivado do plano de saúde por iniciativa da Contratada e/ou do Contratante, sem direito a devolução das faturas pagas, somente poderá ocorrer após a vigência mínima estabelecida na proposta e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta dias) de antecedência da data do efetivo cancelamento.**

31.2 Cancelamento do Plano de Saúde por iniciativa da Contratada.

31.2.1 O plano de saúde estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento por iniciativa da Contratada, sem direito a devolução das faturas pagas, nas seguintes situações:

- a) Quando a natureza dos riscos do Grupo Beneficiário sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Contratada, que comunicará ao Contratante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;**
- b) Quando o Grupo Beneficiário reduzir-se a número inferior a 500 (quinhentas) vidas;**
- c) Inadimplência superior a 30 (trinta) dias;**
- d) Quando o Contratante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do plano de saúde ou no valor da mensalidade, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;**
- e) Quando for identificado pela Contratada infrações, fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter**

vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Contratada, praticadas por qualquer dos Beneficiários, situação na qual, a Contratante será comunicada sobre o ocorrido, ocasião em que poderá se manifestar, podendo as PARTES, de comum acordo, negociarem a manutenção do presente Contrato.;

- f) Quando for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da Contratante;
- g) Por falta de observação e cumprimento pelo Beneficiário e seus dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Contratada, em qualquer momento.

31.3 Cancelamento do Plano antes do período inicial de vigência mínima do contrato.

31.3.1 O Contratante somente poderá solicitar o cancelamento de seu contrato antes de completado o período inicial de vigência definido por ocasião da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, conforme descrito no item f da cláusula 31.2.1, devendo comunicar a Contratada por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e exclusivamente nesta situação, não haverá cobrança de taxa complementar previsto na cláusula 31.3.2

31.3.2 Nos casos em que o Contratante solicitar o cancelamento antes do término do período inicial de vigência, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 31.2.1 será cobrada taxa complementar equivalente a 3 (três) vezes o valor da taxa administrativa calculada com base na taxa per capita vigente no último mês, multiplicado pela média da quantidade de Beneficiários vigentes nos últimos 12 (doze) meses.

31.3.3 A taxa complementar também será cobrada nos casos em que a Contratada cancelar o contrato pelos motivos definidos na cláusula 31.2.1, além da cobrança das faturas vencidas, adotando-se o mesmo parâmetro definido na cláusula 31.3.2 para cálculo do valor a ser pago.

31.3.4 O pagamento da taxa complementar será por meio de fatura e deverá ocorrer até o dia indicado na fatura do mês subsequente ao mês de cancelamento do contrato, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de pagamento da fatura.

32. Disposições Gerais

- 32.1** Fazem parte destas Condições Gerais, Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde, Proposta de Plano, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS, Guia de Leitura Contratual e o *Kit* Digital, este último enviado para o endereço eletrônico do Beneficiário com orientações para acessar o Cartão Digital SulAmérica Saúde e outras informações necessárias para utilização do plano de saúde.
- 32.2** Será de responsabilidade do Contratante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais a entrega do Manual de Orientação para Contratação – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:
- a) entregar ao Beneficiário Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no plano de saúde;
 - b) entregar, junto com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
 - c) disponibilizar sempre que solicitado pelo Beneficiário titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- 32.3** O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.
- 32.4** A Contratada disponibiliza o MPS e o GLC por meio do *website* www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Contratante e Beneficiário, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 32.5** O Contratante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde, se houver, nos casos de desligamento dos Beneficiários ou imediatamente após o cancelamento do plano de saúde.
- 32.6** O Contratante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Beneficiário ou cancelamento do plano de saúde.
- 32.7** O Contratante deverá disponibilizar à Contratada sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprovem a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do plano de saúde, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo beneficiável definido no momento da contratação.

32.7.1 Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Beneficiável previsto neste contrato e o Grupo Beneficiário efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:

32.7.2 O Contratante será o responsável pelo pagamento do valor integral de todas as despesas médicas por atendimento em rede credenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Beneficiário, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

32.7.3 A Contratada providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Beneficiário que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Contratante.

32.8 O Contratante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais ou administrativos movidos por seus Beneficiários, relativos ao plano de saúde objeto da presente avença, incluindo-se inclusive os valores de eventuais procedimentos não cobertos que seja o Contratante obrigada a arcar, obrigando-se o Contratante a ressarcir a Contratada, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Beneficiários principais e/ou dependentes.

32.8.1 O Contratante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Contratada.

32.8.1.1 As Partes, de comum acordo, determinarão, antes da efetiva cobrança do ressarcimento das despesas referidas nas cláusulas anteriores, a forma e prazos de pagamento dos respectivos valores, mediante emissão de Termo e/ou Aditivo Contratual.

32.8.2 O Contratante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Contratada, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Contratada for demandada.

32.9 O Contratante se compromete que em caso de cancelamento do plano de saúde junto à Contratada e realização de nova contratação de plano de saúde junto a outra Operadora de plano de saúde, a transferir, integralmente, a massa de Beneficiários e respectivos dependentes, com todos os seus direitos e obrigações, Beneficiários autores de ações, com ou sem deferimento de liminares judiciais, bem como os Beneficiários na condição de demitidos sem justa causa e aposentados, ressarcindo à Contratada, de imediato, na íntegra, todas as despesas ocorridas com os respectivos Beneficiários nestas situações, em face de eventual impossibilidade de efetivação da transferência, bem como com todas as despesas e ônus decorrentes de eventuais ações judiciais e ou administrativas propostas por Beneficiários e respectivos dependentes que impeçam a transferência destes ao novo plano de saúde contratado e/ou imponham à Contratada o custeio de procedimentos após o final de vigência do contrato.

32.10. Responsabilidade Sócio Empresarial.

O Contratante declara que:

- a) leu concorda e cumpre com a Cláusula de Responsabilidade Socioambiental da Contratada, disponível por meio do link http://www.sulamerica.com.br/sustentabilidade/clausuladesustentabilidade_sulamerica_060814.pdf, e com a Política de Anticorrupção da Contratada e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do link <https://ri.sulamerica.com.br/governanca-corporativa/politicas-e-regimentos/>
- b) não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada na Política de Risco Sócio ambiental da Contratada.

33. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

O Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica – MECSAS, é um sistema disponibilizado pela Contratada para utilização de Corretores e Clientes (Pessoa Jurídica) de forma que possam transmitir eletronicamente as solicitações de suas movimentações cadastrais como inclusões, exclusões, alterações, transferências e reaberturas, em ambiente de internet.

33.1 O Contratante poderá optar pela utilização da ferramenta e deverá assinalar esta opção na proposta de plano, estabelecendo inclusive se a manutenção será feita pelo próprio ou pelo Corretor Nomeado.

33.1.1 A opção assinalada pelo Contratante na proposta de plano de saúde indica o aceite do Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS conforme descrito a seguir:

33.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

33.2.1 O Contratante identificada na proposta de plano de saúde ou a Corretora, por ele designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente e de acordo de que a aplicação fornecida pela Contratada, Sul América Serviços de Saúde S/A, sem ônus de custo de implantação e gratuito, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica - MECSAS, deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Contratada.

33.2.2 O MECSAS habilita o Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais do contrato em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo - as movimentações disponíveis no cadastro de Beneficiários e através do recurso Importar Lote.

- a) Inclusões;
- b) Exclusões;

- c) Alteração de Sexo;
- d) Alteração de Nome;
- e) Alteração de Data de Nascimento;
- f) Transferência para Condição de Remido*;
- g) Atualização de Dados Cadastrais;
- h) Alteração de Dados Bancários;
- i) Alteração de Plano;
- j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado **;
- k) Transferência de Empresas;
- l) Reabertura de Matrícula.
- m) Correção de CPF

* Para Empresas que possuam cláusula de remissão.

** Para Beneficiários que contribuem ou contribuíram para o plano, de acordo com os Art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

33.2.3 As movimentações não enquadradas nas regras do Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), devem ser encaminhadas à Contratada, por meio de formulários próprios, preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

33.2.4 Requisitos Técnicos

A aplicação MECSAS deve ser acessada com os navegadores Google Chrome 20 ou superior, Internet Explorer 8 ou superior, Firefox 12 ou superior e Safari 5.0 ou superior. Ao acessar o MECSAS o Contratante ou Corretor Nomeado aceita implicitamente os termos e condições deste termo, bem como que conhece a aplicação MECSAS e a utiliza sob a sua própria responsabilidade. A Contratada reserva-se o direito de atualizar e modificar este Termo e quaisquer documentos de referência anexos se for o caso.

33.2.5 Direitos do Autor

33.2.5.1 A Contratada é a única proprietária dos direitos de autor do software MECSAS.

33.2.5.2 A Contratada é a única proprietária do nome comercial, dos direitos de autor e dos direitos de distribuição do MECSAS. Os direitos de autor incluem o aspecto e o estilo do software MECSAS. Este Termo é uma licença para utilizar o MECSAS e não supõe uma cedência de propriedade dos direitos do referido programa.

33.2.5.3 O Contratante e seus usuários, não podem alterar, desestruturar, desmontar ou descompilar o MECSAS, e isto também se refere à utilização de qualquer tecnologia atual ou futura aplicada ao mesmo.

33.2.5.4 O descumprimento de qualquer dos termos e condições desta Licença será interpretado como um descumprimento deste Termo.

33.2.6 Garantias e responsabilidades

33.2.6.1 O MECSAS deve ser utilizado de acordo com os termos e condições do presente documento. A Contratada não será responsável por quaisquer danos produzidos por uma utilização do MECSAS contrária a esta licença de software.

Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o software. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.

33.2.6.2 A Contratada expressa que esta licença para utilizar o MECSAS não infringe nenhum contrato prévio ou legislação atual.

33.2.6.3 A Contratada garante que o MECSAS não é um programa espião ou de publicidade. A Contratada também garante que o MECSAS não mostra anúncios emergentes nem recompila dados pessoais dos utilizadores.

33.2.6.4 A Contratada não garante a disponibilidade, a continuidade nem o funcionamento no acesso ao MECSAS. Portanto, na medida em que a legislação o permita, esta garantia não inclui os danos surgidos da falta de disponibilidade ou funcionamento interrompido do MECSAS e quaisquer serviços que este possibilite, devendo o Contratante utilizar-se de outro meio de envio das informações e movimentações de seus Beneficiários.

33.2.6.5 A Contratada não assume responsabilidade em caso de circunstância imprevisível ou de força maior na funcionalidade da aplicação MECSAS. Além disso, a Contratada não será responsável de quaisquer causas fora do controle razoável, como vírus e interferências de terceiros.

33.2.6.6 O Contratante afirma ter conhecimento de que os dados informados e transmitidos via MECSAS são inteiramente de sua responsabilidade quanto à sua legitimidade e veracidade.

33.2.6.7 A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará, periodicamente, todas as movimentações realizadas, com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

- 33.2.6.8** Após o preenchimento dos dados dos Beneficiários (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade do Contratante ou da Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada, para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pelo Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pelo Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.
- 33.2.6.9** A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
- 33.2.6.10** O Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive, pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
- 33.2.6.11** Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo, nestes casos, o bloqueio do MECSAS por parte da Contratada e/ ou o cancelamento da operação efetuada.
- 33.2.6.12** Havendo substituição ou desligamento do usuário master, a Contratada deverá receber notificação para troca do responsável e interromper o acesso do usuário anterior.
- 33.2.6.13** O Contratante, neste ato, responsabiliza-se, em caráter irrevogável e irretratável, por quaisquer reclamações ou outros atos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser intentados por seus Beneficiários contra a Contratada, a qualquer tempo, relacionados à incorreção das informações prestadas pelo Contratante no MECSAS, bem como, por irregularidade na correspondente documentação, respondendo, integralmente, pelo pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos que houver.
- 33.2.6.14** Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 488/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é

de responsabilidade do Contratante a concessão do benefício de manutenção de plano de saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do Beneficiário à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, o Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus Beneficiários.

33.2.6.15 O Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:

- a) A comunicar à Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
- b) A manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos;
- c) A comunicar à Contratada, quando houver troca de Corretor, caso seja este o usuário do MECSAS, e enviar um novo termo assinado pelo Contratante e a nova Corretora Nomeada.
- d) Neste ato, declarar-se licenciada, por parte da Contratada, para o uso do aplicativo MECSAS.
- e) Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime o Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.
- f) A remover o acesso ao aplicativo do usuário que tenha sido desligado ou tenha sido transferido da função.

33.2.6.16 O Contratante e a Corretora Nomeada declaram ter lido e estar de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

33.2.7 Vigência

A vigência deste Termo tem início juntamente com a vigência do plano de saúde.

33.2.7.1 A Contratada terá direito de restringir, suspender ou rescindir este Termo pela sua própria vontade, total ou parcialmente, em qualquer momento e por qualquer motivo, sem aviso prévio ou responsabilidade. A suspensão de uso poderá ocorrer no momento em que se realize qualquer descumprimento de seus termos e condições.

33.2.7.2 Em caso de restrição, suspensão ou rescisão da utilização da ferramenta MECSAS, será formalizado Termo e/ou Aditivo Contratual, por meio do qual serão estabelecidas as novas condições para utilização da aplicação MECSAS, ou outra que venha a substituir.

33.2.8 Elegibilidade

33.2.8.1 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa nº 204 de 02 de outubro de 2009 determina que, a partir de 03/11/2009, os Beneficiários elegíveis, previstos contratualmente, devem estar de acordo com o que determina os arts. 5º e 9º da RN nº 195/2009. Sendo assim, não é permitida a inclusão de Beneficiários que não preencham os requisitos de elegibilidade, previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais Beneficiários, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis, nos termos da referida norma e do contrato, ensejará a exclusão automática destes e o bloqueio temporário da utilização da ferramenta, pelo Contratante ou Corretora Nomeada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas, em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada, após a devida regularização do processo.

33.2.8.2 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 488/22, de 29 de março de 2022 determina que, as movimentações de exclusão de Beneficiários deverão preceder de informações relativas à sua motivação, o que será feito por meio de perguntas, elencadas no artigo 11 da mencionada norma. Referidas perguntas serão incluídas no sistema MECSAS e deverão ser respondidas pelo Contratante ou Corretora Nomeada.

33.2.8.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos Beneficiários, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, o Contratante, a manter em seu poder os documentos comprobatórios da opção de manutenção do plano de saúde, disponibilizando-os sempre que solicitado pela Contratada, conforme cláusula 33.2.8.4 do presente Termo.

33.2.8.4 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos Beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo – o que

inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como dos aposentados - devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Beneficiários.

33.2.8.5 Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada, seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas, junto aos órgãos de fiscalização da Contratada, devendo o Contratante fornecê-las em até 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação da Contratada.

33.2.9 Utilização e acesso

A Contratada oferece a opção de multiusuários, por meio da qual, cada Contratante poderá distribuir os acessos para utilização, bem como definir as permissões do(s) usuário(s) que podem ser: Consultar, Administrar Grupos, Administrar Usuários, Administrar Beneficiários.

33.2.9.1 No momento da contratação, o Contratante deverá optar pela utilização da ferramenta MECSAS WEB na Corretora e/ou Empresa, responsabilizando-a pelas movimentações descritas na cláusula **33.2.2**.

33.2.9.2 Nos casos em que houver alteração de responsabilidade de utilização da ferramenta daquela definida por ocasião da contratação, indicada na proposta de plano, durante a vigência, o Contratante deverá formalizar à Contratada.

33.2.10 Políticas de privacidade

A Contratada não utiliza spam e apenas gere os dados fornecidos pelos utilizadores através de formulários eletrônicos que se encontram na WEB ou trafegados via MECSAS.

A Contratada não divulga as informações de Beneficiários a terceiros, exceto nas solicitações judiciais ou dos órgãos reguladores.

A Contratante deve manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos.

33.2.11 Direito e jurisdição aplicáveis

Este termo e a utilização do MECSAS reger-se-ão totalmente de acordo com a legislação brasileira, condições gerais, normas e procedimentos e resoluções de órgãos reguladores.

Em caso de controvérsia derivada deste termo ou da utilização do MECSAS, ambas as partes acordam submeter-se à jurisdição dos juizados e tribunais da cidade de São Paulo.

34. Proteção de Dados Pessoais

A Contratada e o Contratante se comprometem a cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, bem como toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, garantindo que, caso o escopo do objeto deste Contrato inclua o tratamento de dados pessoais, não haverá violação das disposições da referida legislação, respeitadas, ainda, as demais disposições a seguir.

34.1 Para os fins da PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS são considerados:

- a) “DADOS PESSOAIS”: qualquer informação relativa a uma pessoa natural identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”);
- b) “DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS”: é o dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados nesta cláusula conjuntamente como “DADOS”;
- c) “TRATAMENTO”: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;
- d) “CONTROLADOR”: parte que determina as finalidades e os meios de TRATAMENTO de DADOS. No caso da presente cláusula, o CONTROLADOR é tanto a CONTRATADA quanto o CONTRATANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES ou PARTES;
- e) “OPERADOR”: parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso da presente cláusula, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos CONTROLADORES, respeitando-se as regras desta cláusula.
- f) “Encarregado pelo Tratamento” (DPO): pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o CONTROLADOR, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”); e,
- g) “PARTE” ou “PARTES”: CONTRATADA e CONTRATANTE, quando referidos individual ou conjuntamente.

- 34.2** As PARTES, ambas na qualidade de CONTROLADORES, declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o objeto do Contrato e a sua finalidade, na forma da legislação e regulamentação em vigor.
- 34.3** Enquanto CONTROLADOR, o CONTRATANTE se responsabiliza e garante que as informações que compartilhar diretamente com a CONTRATADA, em decorrência deste Contrato, foram coletadas em conformidade com todas as leis e regulamentos aplicáveis de Privacidade e Proteção de Dados.
- 34.4** Para o pleno atendimento da legislação aplicável e para possibilitar a execução do Contrato, o CONTRATANTE deverá:
- 34.4.1** Adotar as medidas razoáveis para garantir a confiabilidade de qualquer funcionário, agente ou terceiro que venha a ter acesso aos DADOS coletados e tratados em função do Contrato, garantindo que o acesso esteja estritamente limitado àqueles que de fato precisam acessá-los, de forma confidencial e em observância à legislação vigente.
- 34.4.2** Se abster de coletar ou tratar DADOS em nome da CONTRATADA em hipóteses que não estejam previstas neste Contrato.
- 34.4.3** Adotar medidas de transparência para que os TITULARES DOS DADOS sejam informados sobre quais serão os DADOS coletados e compartilhados para fins de execução dos serviços objeto deste Contrato, bem como quais os papéis e responsabilidades tanto da CONTRATADA, como da CONTRATANTE para a viabilização deste Contrato.
- 34.5** Os CONTROLADORES deverão manter sigilo em relação aos DADOS que não forem manifestamente públicos, ao TRATAMENTO dos DADOS, bem como em relação ao resultado do TRATAMENTO em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a realizarem tais atividades estejam comprometidas ao dever de confidencialidade, de forma expressa e por escrito, e devidamente instruídas e capacitadas para o referido TRATAMENTO.
- 34.6** Sempre que necessário, um CONTROLADOR poderá solicitar o auxílio do outro a realizar avaliações de risco e impacto, bem como a garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:
- (a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;
 - (b) Acesso aos DADOS;
 - (c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;
 - (d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
 - (e) Portabilidade dos DADOS;
 - (f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento, quando aplicável;

- (g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de DADOS; e,
- (h) Revogação do consentimento, quando aplicável.

34.6.1 Caso algum TITULAR solicite o exercício de seus direitos descritos nos itens “f”, ou “h” acima em face de qualquer um dos CONTROLADORES e o TRATAMENTO dos DADOS impactar na execução do Contrato entre os CONTROLADORES, deverá a PARTE requerida comunicar tal fato à outra PARTE, de forma imediata (e, no limite, no dia útil seguinte).

34.7 Sem prejuízo do disposto nos itens anteriores, na hipótese de acesso indevido, não autorizado e/ou além dos limites da autorização, incidente, perda de DADOS ou qualquer outro prejuízo decorrente do TRATAMENTO de DADOS PESSOAIS ou DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, o CONTROLADOR comprovadamente responsável pelo prejuízo, obriga-se a indenizar as partes prejudicadas e a ressarcir todos os danos a que der causa ao outro CONTROLADOR, aos TITULARES de DADOS ou a terceiros, em qualquer esfera, inclusive aplicação de multas pela ANPD.

34.7.1 O CONTROLADOR responsável não se responsabilizará, em hipótese alguma, por danos consequentes, indiretos e/ou lucros cessantes perante o outro CONTROLADOR.

34.7.2 Caso um CONTROLADOR seja demandado por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente de DADOS que estejam sob responsabilidade do outro CONTROLADOR ou em virtude de descumprimento das obrigações estabelecidas na Lei 13.709/2018 e outras regulamentações pertinentes, fica garantido ao CONTROLADOR demandado o direito de denúncia da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

34.8 Em caso de incidente, como por exemplo de acesso indevido, não autorizado, de vazamento ou perda de dados, decorrente de TRATAMENTO que seja de responsabilidade da uma das PARTES, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverá o CONTROLADOR responsável pelo referido TRATAMENTO enviar comunicação à outra PARTE por escrito, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do incidente, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) data e hora do incidente;
- (ii) data e hora da ciência pelo CONTROLADOR responsável;
- (iii) relação dos tipos de DADOS afetados pelo incidente;
- (iv) número de TITULARES afetados;
- (v) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;

- (vi) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;
- (vii) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e
- (viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

34.8.1 Caso o CONTROLADOR responsável não disponha de todas as informações ora elencadas no momento de envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, de modo a garantir a maior celeridade possível, sendo certo que a comunicação com o máximo das informações indicadas deve ser enviada no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir da ciência do incidente, ou outro posteriormente estipulado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

34.8.2 Os CONTROLADORES responsabilizam-se integralmente por toda e qualquer informação fornecida ao outro CONTROLADOR em razão do incidente, respondendo, administrativa e judicialmente (civil e criminal) pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das informações prestadas observada o item 34.8.

34.8.3 Na ocorrência de incidente, além das obrigações já previstas neste item, o CONTROLADOR responsável pelo incidente se compromete a prestar toda a colaboração necessária na ocorrência de qualquer investigação ou em qualquer outra hipótese de exercício regular de direitos do outro CONTROLADOR.

34.9 Os CONTROLADORES declaram que manterão, durante toda a execução do Contrato, padrões de segurança, de privacidade e de proteção de DADOS, aptos a proteger os DADOS de qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Os CONTROLADORES também asseguram que utilizam e continuarão utilizando ao longo da vigência do Contrato as Melhores Práticas de Mercado em relação à segurança das informações que circulam em seus ambientes físicos e virtuais, comprometendo-se a enviar evidências da manutenção desses padrões quando solicitado pelo outro CONTROLADOR.

34.9.1 Os CONTROLADORES acordam em trocar evidências de que mantém os padrões adequados de proteção à privacidade e de segurança da informação por meio do envio de relatório de análise de impacto de privacidade de dados, sempre que solicitado pelo outro CONTROLADOR.

34.10 O presente Contrato autoriza os CONTROLADORES a contratarem OPERADOR, em todo ou em parte, para o exercício de qualquer atividade de TRATAMENTO de DADOS relacionada ao objeto da contratação, exclusivamente para os serviços auxiliares necessários para o normal funcionamento dos serviços dos CONTROLADORES.

34.10.1 Para todos os efeitos, o terceiro contratado será considerado OPERADOR, estando obrigada a, no mínimo, cumprir as obrigações estabelecidas no presente Contrato. Cabe ao CONTROLADOR que o contratou garantir que o terceiro contratado estará sujeito às mesmas obrigações deste Contrato, sendo inclusive, responsável pelas atividades de TRATAMENTO de DADOS exercidas pelo terceiro contratado.

34.11 Ao término da relação entre as PARTES, os CONTROLADORES deverão eliminar, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos DADOS, em caráter definitivo ou não, que tiverem sido tratados em decorrência do Contrato, estendendo-se a eventuais cópias, salvo em virtude de uma base legal que permita a manutenção desses DADOS.

34.12 Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta cláusula, o CONTROLADOR responsável por tal descumprimento deverá saná-lo no prazo de 15 (quinze) dias contados da comunicação pelo outro CONTROLADOR, sendo que, na hipótese da lei ou da regulamentação pertinente prever prazo menor para tal ajuste, prevalecerá o menor prazo. No caso de inércia do CONTROLADOR responsável, este ficará sujeito à rescisão motivada do Contrato, sem prejuízo da necessidade de reparar eventuais perdas e danos, conforme estabelecido nesta cláusula.

34.13 Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos nesta cláusula, as PARTES deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

35. Glossário

35.1 Abrangência Geográfica

Região estabelecida pela Contratada para atendimento médico-hospitalar ao Beneficiário.

35.2 Assistência Domiciliar / Home Care

Assistência ao Beneficiário, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.

35.3 Atendimento Ambulatorial

Regime de atendimento médico caracterizado por não exigir complexidade da assistência hospitalar.

35.4 Beneficiário

Pessoa física a favor da qual o Contratante contrata com a Contratada o Plano de Saúde, sendo:

a) Beneficiário Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no plano de saúde, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta;

b) Beneficiário Dependente

Dependente Beneficiável efetivamente incluído no plano de saúde.

35.5 Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento da mensalidade pelo Contratante, o Beneficiário não tem direito a determinadas coberturas.

35.6 Cartão Proposta

Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao plano contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Contratante, sob carimbo da Empresa.

35.7 Cartão SulAmérica Saúde

Cartão Digital individual e personalizado, que servirá para identificar o Beneficiário junto à Contratada e Rede Credenciada.

35.8 Categoria Funcional

Conjunto de pessoas que façam parte de um mesmo cargo funcional na Empresa.

35.9 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Garantia ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

35.10 Cobertura Parcial Temporária

Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

35.11 Contratada

SulAmérica Serviços de Saúde S.A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Saúde, registrada sob o nº 41642-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ/MF n.º 02.866.602/0001-51, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua dos Pinheiros, 1.673 – Pinheiros, CEP 05422-012.

35.12 Contratante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o plano de saúde com a Contratada, responsável pelo pagamento da mensalidade, investida dos poderes de representação dos Beneficiários perante a Contratada.

35.13 Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo Beneficiário destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

35.14 Dependentes Beneficiáveis

Grupo familiar; exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos do Beneficiário Titular, menores de 21 (vinte e um) anos ou inválidos.

Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial.

35.15 Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênicas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época da contratação do plano de saúde.

35.16 Entrevista Qualificada

É a entrevista realizada por profissional médico, disponibilizado pela Contratada ou escolhido pelo proponente, para auxiliar no preenchimento do cartão proposta/ declaração de saúde.

35.17 Grupo de Beneficiários

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no plano de saúde SulAmérica Saúde.

35.18 Grupo Beneficiável

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício mantido com o Contratante. O vínculo mantido com o Contratante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários e aprendizes e seus respectivos dependentes beneficiáveis, passível de aderir ao plano de saúde.

35.19 Hospital-Dia

Regime de internação caracterizado pela permanência do Beneficiário em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo plano de saúde.

35.20 Internação Hospitalar

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Beneficiário para tratamento clínico ou cirúrgico:

35.20.1 Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica;

35.20.2 Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária a realização de procedimento cirúrgico.

35.21 Inválidos

Filhos inválidos considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Beneficiário titular

35.22 Leitos de Alta Tecnologia

Destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.

35.23 Médico Assistente

Profissional médico, pertencente ou não à Rede Credenciada, que atende (assiste) ao Beneficiário e é responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica a ser aplicada.

35.24 Planos

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede credenciada e mensalidade.

35.25 Procedimentos de Alta Complexidade

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

35.26 Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no plano de saúde. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

35.27 Proposta

Parte integrante das Condições Gerais do Plano de Saúde Administrado. É o documento preenchido com informações que qualificam o Contratante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do plano de saúde.

35.28 Rede Credenciada

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Beneficiário para prestar atendimento médico-hospitalar.

35.29 Subcontratante

Pessoa jurídica que, direta ou indiretamente, controle o Contratante, ou que, direta ou indiretamente, seja controlada pelo Contratante, ou ainda, esteja sob o controle, direto ou indireto, da(s) mesma(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) que controle(m) o Contratante.

35.30 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

Registro formal na Contratada do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

35.31 Planejamento familiar

Conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

36. Assinatura eletrônica

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.

37. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Contratante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de plano de saúde.

28 de janeiro de 2024

Local/Data: ,__de____de ____.

DocuSigned by:

SIDNEY KLÄGNER

4BFDD5E7785F41A

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procução Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

DocuSigned by:

GILBERTO MARCOS MELCHES

8E03B0FD23AB4CD...

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procução Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

DocuSigned by:

Henrique Sutton de Sousa Neves

824D5DA0A7234BD...

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procução Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

DocuSigned by:

Miriam do Carmo Branco da Cunha

EE80366F0EF344D...

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procução Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

DocuSigned by:

Rogéria Leoni Cruz

5F5CD9774969445...

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procução Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procuração Registrada em Cartório, com poderes específicos para contratar)

DocuSigned by:
Ana Paula Mendes Peixoto
0485F5818FC7479...

DocuSigned by:
Heitor Augusto Pereira Barbosa
F66C4EA88CE7460...

Sul América Serviços Saúde S/A

Testemunhas: DocuSigned by:
Marcelo Queiroz
0D4BA5C87B7A4DE...

DocuSigned by:
[Assinatura]
45BA5FE0204B4A9

Nome: Marcelo Queiroz
CPF: 295.528.568-41
RG:

Nome: Andrea Matos
CPF:
RG: 15755629870

DocuSigned by:
Heitor Augusto Pereira Barbosa
F66C4EA88CE7460...

DocuSigned by:
Thais Fernanda Leite Zoghbi
5E5532EC9D1E43D...

DocuSigned by:
Carla Boufim
9A74A177A29F4E3...

DocuSigned by:
Ana Paula da Silva
DAED4A325601480...

Cláusula Adicional de Permanência no Plano de Saúde

1. **Objeto**
Garantia aos dependentes de permanência no plano de saúde no qual o Beneficiário Titular estava inscrito, pelo prazo de 36 (trinta e seis) meses, em decorrência do falecimento do Beneficiário Titular.
2. **Dependentes elegíveis à Permanência no Plano de Saúde**
 - 2.1 Serão considerados como dependentes elegíveis exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros do Beneficiário Titular, menores de 21 (vinte e um) anos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial, incluídos no plano até o dia anterior ao falecimento do Beneficiário Titular.
 - 2.2 Não será admitida a inclusão de novos Beneficiários durante o período de Permanência no Plano de Saúde após a morte do Beneficiário Titular.
3. **Direito à Permanência no Plano de Saúde**

O direito à permanência no plano de saúde pelos dependentes somente entrará em vigor se:

 - a) O falecimento do Beneficiário Titular ocorrer durante a vigência do plano de saúde;
 - b) O falecimento do Beneficiário Titular for decorrente de evento coberto pelo plano de saúde contratado;
 - c) Existir vínculo, nos termos da Lei 9.656/1998 e deste Contrato, entre a Contratante e o Beneficiário Titular, na data de falecimento deste último;
 - d) Todas as mensalidades devidas pela Contratante e oriundas do Contrato, com vencimento anterior à data do falecimento do Beneficiário Titular, estiverem quitadas.
4. **Comunicação à Contratada**

A Contratante deverá comunicar o falecimento do Beneficiário Titular à Contratada, por escrito, em até 30 (trinta) dias da data do óbito, anexando cópia da Certidão de Óbito, caso contrário os dependentes descritos na cláusula 2, perderão o direito à Permanência no Plano de Saúde.
5. **Início de Vigência**

O início de vigência da Permanência no Plano de Saúde será sempre o 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação formal à Contratada do falecimento do Beneficiário Titular.
6. **Cancelamento da Permanência no Plano de Saúde**

O direito à Permanência no Plano de Saúde pelos dependentes será, automaticamente, extinto, independente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:

- a) perda da condição de Dependente elegível;**
- b) decorridos os 36 (trinta e seis) meses de Permanência no Plano de Saúde;**
- c) constatação de infrações ou fraudes praticadas por quaisquer dos Beneficiários Dependentes elegíveis na Permanência no Plano de Saúde;**
- d) Cancelamento deste contrato, ao qual se vinculam os Beneficiários Dependentes elegíveis.**

Termo de Coberturas Adicionais

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação.

Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, na cláusula “Coberturas e Procedimentos Garantidos”, serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas e podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

1. Terapia

- a) **Recuperação Postural Global (RPG)** - até 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de vigência do Beneficiário.

2. Remoção Especial

2.1 Além da remoção prevista na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos e na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, também estão cobertas as Remoções nas situações descritas a seguir:

- a) Remoção, por via terrestre para outro estabelecimento hospitalar ainda que o Beneficiário encontre-se internado em hospital com recursos para continuidade de seu atendimento;
- b) Remoção, por via terrestre, de Clínica Médica ou Rede de Pronto Atendimento próprio da Contratante para estabelecimento Hospitalar de Pronto Atendimento.
- c) Remoção, por via terrestre, para outro estabelecimento Hospitalar não credenciado para o plano, desde de que haja indicação médica e aprovação expressa do Contratante, restando certo que, quaisquer valores referentes aos atendimentos/procedimentos realizados neste prestador não referenciado, deverão ser arcados pela CONTRATANTE.
- d) Remoção, por via terrestre, para serviço de internação domiciliar, se houver indicação médica e aprovação do Contratante, restando certo que, quaisquer valores referentes à internação, deverão ser arcados pela CONTRATANTE.

2.2 O hospital para o qual o Beneficiário será removido deverá pertencer à rede credenciada do seu plano.

Caderno de Benefícios Adicionais

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços, os limites financeiros de cobertura, a abrangência e as demais condições relacionadas aos Benefícios Adicionais, a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Contratante.

Os Benefícios Adicionais não são uma obrigatoriedade contratual, sendo uma concessão da SulAmérica Saúde e, por este motivo, poderão ser cancelados a qualquer tempo, garantindo-se ao Contratante o aviso prévio com 30 (trinta) dias de antecedência.

1. Seguro Viagem

A Sul América Serviços de Saúde S.A também disponibiliza, como benefício adicional aos seus Beneficiários, o Seguro Viagem Nacional Individual que é garantido por Seguradora regulada pela SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP

1.1 O Seguro Viagem tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao(s) seu(s) dependente(s), conforme o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Evento Coberto ocorrido durante o Período de Cobertura, ou ainda a prestação de serviços observadas as condições e exclusões previstas no Guia do Segurado emitida por ocasião da apólice.

1.2 Abaixo breve descrição acerca do Seguro Viagem Individual. As coberturas, riscos excluídos e demais características constam no Guia do Segurado que está disponível no Portal SulAmérica Saúde, que contém informações de forma clara e prática para consulta dos Segurados.

1.3 Coberturas Garantidas

A seguir estão relacionadas todas as coberturas garantidas em viagens nacional para todos os planos e internacional somente para os planos indicados na cláusula de características essenciais dos planos destas Condições Gerais, bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional.

1.3.1 As coberturas garantidas para viagens nacionais são:

- a) Traslado médico;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Hospedagem de acompanhante;
- d) Interrupção de viagem;
- e) Prorrogação de estadia;
- f) Retorno do segurado;

- g) Retorno de acompanhantes;
- h) Traslado de corpo.

1.3.1.1 As solicitações dos serviços constantes na cláusula 1.3.1, deverão ser acionados por meio da Central de Serviços SulAmérica, e o número do telefone consta no Cartão Digital SulAmérica Saúde, disponível no Aplicativo SulAmérica Saúde.

1.3.2 As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Despesas farmacêuticas;
- d) Despesas Jurídicas;
- e) Funeral;
- f) Hospedagem de acompanhante;
- g) Interrupção de viagem
- h) Prorrogação de estadia;
- i) Retorno de acompanhantes;
- j) Retorno de menores;
- k) Retorno do segurado;
- l) Regresso sanitário
- m) Traslado de corpo;
- n) Traslado médico

1.3.2.1 As descrições de cada cobertura, exclusões e seus limites estão especificados no Guia do Segurado do Seguro Viagem Individual enviado aos Segurados por ocasião da emissão da apólice.

1.4 Poderão ser oferecidos os demais serviços nas Viagens Internacionais:

a) Localização de Bagagem:

No caso de extravio de bagagem do Segurado, regularmente despachada em voos nacionais regulares, a empresa prestadora de serviço poderá auxiliar na localização junto à Companhia Aérea responsável pelo transporte.

Para tanto, é necessário que o Segurado, assim que tomar ciência do extravio de sua bagagem e antes de deixar o aeroporto, comunique o extravio à Companhia Aérea responsável, oficializando sua reclamação através de formulário próprio (*P.I.R. – Property Irregularity Report*).

b) Transmissão de Mensagens Urgentes:

Caso o Segurado esteja impossibilitado de entrar em contato diretamente com sua família por motivo de acidente ou doença e tenha de transmitir mensagem

de caráter urgente, a empresa prestadora de serviços encarregar-se-á desta pelo meio mais adequado.

c) Orientação em Caso de Perda de Documentos:

No caso de perda ou roubo de documentos indispensáveis do Segurado ao prosseguimento da viagem, a empresa prestadora de serviços prestará toda a orientação e ajuda necessária, junto às embaixadas ou órgãos competentes, para obtenção de passaporte ou outras medidas a serem tomadas.

1.4.1 Os serviços poderão variar de acordo com a viagem, e quando ofertados constarão descritos na apólice emitida.

1.5 Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser emitida no Brasil pelo próprio Segurado com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque.

1.5.1 Para a emissão da apólice, o Segurado deverá acessar o site www.sulamerica.com.br, fazer o seu login, clicar na aba 'Meu plano', em seguida no item 'Seguro Viagem'/'Emitir apólice'.

1.5.1.1 Não será admitida, em hipótese alguma, a emissão de apólice em data posterior à data do embarque.

1.5.1.2 Uma vez emitida a apólice, não será permitida qualquer alteração

1.6 O quadro de garantias, no qual consta o valor limite de cobertura para cada item constante na cláusula **1.3.2**, consta na apólice do Seguro Viagem Individual, emitida por ocasião da solicitação do segurado.

Características Essenciais Planos sem coparticipação

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Seleto I Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Seleto I Administrado Trad.10 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 493652223

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Não

Reembolso: Sim

2. Reembolso

Cláusula 21 das Condições Gerais – Reembolso dos Demais Planos

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado				Beneficiário Internado		
Consultas Médicas	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
1,20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Seleto I na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seletto I a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 RPG - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Remoção Especial - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 1.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Seleto IV Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Seleto IV Administrado Trad.10 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 493649223

Abrangência Geográfica: Nacional

Reembolso: Sim

2. Reembolso

Cláusula 21 das Condições Gerais – Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado				Beneficiário Internado		
Consultas Médicas	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
3,31	3,00	3,00	4,00	4,50	4,00	3,00

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Seleto IV na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seleto IV a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 RPG - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Remoção Especial - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 1.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 1.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

5.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Características Essenciais Planos com coparticipação

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Seleto I Quarto Coletivo com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Seleto I Administrado Trad.10 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 493650227

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Sim

2. Reembolso

Cláusula 21 das Condições Gerais – Reembolso dos Demais Planos

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado				Beneficiário Internado		
Consultas Médicas	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
1,20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Seleto I na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seletor I a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 RPG - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Remoção Especial - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 1.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6. Coparticipação – cláusula 25 das Condições Gerais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Seleto II Apartamento com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Seleto II Administrado Trad.10 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 493654220

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Sim

2. Reembolso

Cláusula 21 das Condições Gerais – Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado				Beneficiário Internado		
Consultas Médicas	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
1,23	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Seleto II na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seletto II a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 RPG - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Remoção Especial - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefício Adicional

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 1.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6. Coparticipação – cláusula 25 das Condições Gerais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Seleto III Apartamento com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Seleto III Administrado Trad.10 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 493653/221

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Sim

2. Reembolso

Cláusula 21 das Condições Gerais – Reembolso dos Demais Planos

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado				Beneficiário Internado		
Consultas Médicas	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
1,26	1,50	1,50	2,00	2,00	1,00	1,50

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Seleto III na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seletto III a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 RPG - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Remoção Especial - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefício Adicional

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 1.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6. Coparticipação – cláusula 25 das Condições Gerais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Seleto IV Apartamento com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Seleto IV Administrado Trad.10 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 493651225

Abrangência Geográfica: Nacional

Coparticipação: Sim

Reembolso: Sim

2. Reembolso

Cláusula 21 das Condições Gerais – Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado				Beneficiário Internado		
Consultas Médicas	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
3,31	3,0	3,0	4,00	4,50	4,00	3,00

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seleto IV o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede credenciada do plano Seleto IV.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Seletto IV na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Seletto IV a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

4.1 RPG - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Remoção Especial - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional - item 1.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

5.2 Seguro Viagem Internacional - item 1.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

5.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

6. Coparticipação – cláusula 25 das Condições Gerais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Proposta Comercial de Plano Administrado – Produto 582

Proposta nº: 60765/2022-1

Data: 23/11/2022

Empresa: SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

CNPJ: 60.765.823/0001- 30

População Total: 38.465



População Estudada

A elaboração desta Proposta teve por base a população apresentada a seguir, composta pelos empregados, ex-empregados (demitidos e aposentados) e seus respectivos dependentes diretos.

Titulares e Dependentes				
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
0 a 18	6.059	6.034	12.093	31,44%
19 a 23	1.574	1.569	3.143	8,17%
24 a 28	1.657	1.641	3.298	8,57%
29 a 33	2.094	2.081	4.175	10,85%
34 a 38	2.525	2.508	5.033	13,08%
39 a 43	2.401	2.393	4.794	12,46%
44 a 48	1.440	1.433	2.873	7,47%
49 a 53	768	760	1.528	3,97%
54 a 58	443	441	884	2,30%
59 ou +	322	322	644	1,67%
Total	19.283	19.182	38.465	100,00%

Proposta Financeira

Com base no perfil informado apresentamos a seguir uma estimativa de sinistro per capita. Esta estimativa está baseada em nosso banco de dados composto por 2.500.000 beneficiários em todo o território nacional.

Os parâmetros considerados pela SulAmérica, para elaborar essa estimativa, estão de acordo com as determinações do Estatuto do Idoso e Resolução Normativa nº 63/03 da ANS.

Estimativa de Sinistro Per capita

Para a totalidade do grupo segurado, 38.475 vidas, o sinistro médio percapita estimado é de R\$ 216,34 (duzentos e dezesseis reais e trinta e quatro centavos).

Tabela para cobrança demitidos e aposentados – Tabela RN 279

Plano	Seleto I	Seleto II	Seleto III	Seleto IV
Faixa Etária	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
0 a 18	101,65	163,07	201,41	559,09
19 a 23	127,07	203,84	251,77	698,86
24 a 28	157,56	252,76	312,19	866,58
29 a 33	174,90	280,57	346,53	961,91
34 a 38	187,14	300,21	370,79	1.029,24
39 a 43	217,08	348,24	430,11	1.193,92
44 a 48	259,50	416,29	514,16	1.427,22
49 a 53	304,13	487,89	602,59	1.672,69
54 a 58	362,07	580,83	717,38	1.991,34
59 mais	609,90	978,41	1.208,43	3.354,41
Custo Médio Per capita	176,43	283,03	349,57	970,35

Valores expressos em Reais (R\$) sem IOF (Imposto sobre Operação Financeira).

Reembolso Consulta

Planos	Seleto I	Seleto II	Seleto III	Seleto IV
	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
Consulta	99,10	101,58	104,06	273,35

Tabela de múltiplos de reembolso

Plano/ Grupo de Procedimentos	Não Internado				Internado		
	Consulta	Exames	Terapias	Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias	SADT*
Seleto I	1,20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Seleto II	1,23	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00
Seleto III	1,26	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	1,50
Seleto IV	3,31	3,00	3,00	4,00	4,50	4,00	3,00

Valor da USR R\$ 0,9176 (USR – Unidade de Serviço de Reembolso).

Coparticipação

- Coparticipação revertida ao cliente, incidente sobre procedimentos de consultas eletivas, emergência, exames coparticipados e terapias paramédicas, conforme abaixo

Consultas eletivas: 40%

Consultas emergência: 25%

Exames (todos): 25%

Terapias Não Médicas: 25%

Internação Psiquiátrica: Não haverá coparticipação

Composição da Mensalidade

A mensalidade é composta pela totalidade das despesas com o serviço médico-hospitalares e laboratoriais, rede credenciada e reembolso, taxa de administração, ressarcimento ao SUS, equipe "in company" e Despesas Judiciais (se houver), sendo o pagamento em 90 dias da data de emissão de fatura.

Taxa de Administração

A taxa de administração será paga mensalmente pela coordenação e operacionalização do Plano de Saúde, para cada beneficiário cadastrado conforme tabela abaixo:

Vigência do contrato	12 meses
Vidas Seguradas	Prêmio Percapita
De 1 a 30.000	24,39
De 30.001 a 35.000	23,75
De 35.001 a 40.000	23,12
40.001 a 45.000	22,50
45.001 a 50.000	21,89
50.001 a 55.000	21,30
55.000 ou mais	20,72

Todos os valores expressos em Reais

O valor da taxa de administração tem como base o número de beneficiários do contrato.

A Taxa de Administração será reajustada anualmente.

O Percentual de reajuste será aplicado através de livre negociação, caso ambas as partes não entrem em consenso será aplicado o reajuste do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o aniversário do contrato.

Obs.

O valor de taxa de administração será cobrado considerando grupo total segurado em respectiva escala, exemplo:

- Total de vidas seguradas de 36.000 vidas: taxa de administração, será indicado na faixa "de 35.001 a 40.000 vidas";
- Total de vidas seguradas de 41.000 vidas: taxa de administração, será o indicado na faixa "de 40.001 a 45.000 vidas";

Trimestralmente, será reavaliada a quantidade de vidas ativas no contrato, se ocorrer mudança na escala estabelecida, desde que a manutenção de vidas tenha permanecido no mínimo nos últimos 90 dias, a partir do faturamento do mês seguinte a taxa será readequada para o novo intervalo.

Taxa de Implantação

Isento

Demais Despesas

- **Ressarcimento das Despesas com SUS**

Na eventualidade dos usuários utilizarem a rede pública, as despesas correspondentes a essas utilizações são cobradas pelo SUS e serão repassadas para a empresa contratante.

- **Ressarcimento das Despesas de Reembolso**

A SulAmérica adiantará o pagamento do reembolso das despesas médico-hospitalares, dispendidas pelos beneficiários e encaminhará mensalmente a fatura com o valor total reembolsado devidamente corrigido pela variação do Certificado de Depósito Interbancário – CDI, considerando o respectivo período reembolsado.

Coberturas Opcionais

Seguro Viagem Internacional

O Seguro Viagem Internacional oferece cobertura a partir do plano Seleto IV, por 45 (quarenta e cinco).

As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Despesas farmacêuticas;
- d) Despesas Jurídicas;
- e) Funeral;
- f) Hospedagem de acompanhante;
- g) Interrupção de viagem
- h) Prorrogação de estadia;
- i) Retorno de acompanhantes;
- j) Retorno de menores;
- k) Retorno do segurado;
- l) Regresso sanitário
- m) Traslado de corpo;
- n) Traslado médico.

As descrições de cada cobertura, exclusões e seus limites estão especificados no Guia do Segurado que será enviado por ocasião da emissão da apólice.

A solicitação do certificado será realizada diretamente pelo beneficiário (segurado), através do site www.sulamerica.com.br, respeitando o prazo de 10 (dez) dias de antecedência ao dia da viagem.

O valor do Seguro Viagem Internacional será definido pela quantidade de dias da viagem, de acordo com o plano e o destino.

Os valores dos certificados estão definidos em dólar americano. Porém, o pagamento será efetuado em moeda nacional.

Os pagamentos e/ou valores referidos em dólar americano terão os seus valores convertidos em moeda corrente nacional utilizando a taxa de câmbio vigente do dia útil anterior ao da emissão do certificado, considerando as informações do Banco Central do Brasil (www.bcb.gov.br).

Seleto IV	
Europa	Demais Países
USD 2,62	USD 2,09

Os preços definidos para o Seguro Viagem Internacional serão reajustados de acordo com o definido em contrato entre a SulAmérica e a Seguradora contratada.

O total da fatura do Seguro Viagem Internacional corresponderá as apólices emitidas e ocorrerá todo dia 10 (dez) de cada mês.

Saúde Ativa

O Programa Saúde Ativa é um conjunto de iniciativas para gestão de saúde e bem-estar, ajudando a evitar doenças crônicas e suas complicações assim como casos com maior complexidade.

As ações de monitoramento serão repassadas em contas médicas e serão indicadas a partir do mapeamento da população através do preenchimento da plataforma de bem-estar através do aplicativo da Sharecare.

As ações de monitoramento são:

- Consultor de bem-estar;
- Acompanhamento de doenças crônicas;
- Envelhecimento saudável;
- Coluna ativa;
- Coluna in company;
- Gestação de risco;
- Monitoramento oncológico;
- Monitoramento articula o e
- Aten o no alto risco.

Cobrança de Juros e Multa por atraso no pagamento

Havendo atraso no pagamento de qualquer importância devida à operadora, referente à sua remuneração, a CONTRATANTE ficará sujeita aos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados pró rata dia e multa de 2% (dois por cento), tudo acrescido, até o efetivo pagamento da dívida.

Para o caso de cobrança de juros e multa por atraso no pagamento do ressarcimento das despesas de reembolso, será acrescida ainda a correção monetária com base da variação do certificado do depósito interbancário – CDI.

Considerações Gerais

Esta Proposta Comercial refere-se ao SulAmérica Saúde Administrado e é regulada pelos termos da Proposta Técnica, as Condições Gerais e Cláusulas Adicionais.

O valor de taxa apresentado nesta Proposta teve como base a população apresentada, sendo válido por 30 (trinta) dias, a contar desta data, podendo o mesmo, a partir deste prazo, tornar nulo e sem efeito, sendo necessária a realização de novos cálculos para contratação do plano.

A implantação do grupo de beneficiários e as regras para manutenção respeitarão os critérios estabelecidos nas Condições Gerais do Plano Administrado Saúde SulAmérica.

A SulAmérica reserva-se do direito de revisar ou declinar a aceitação desta proposta, caso o grupo dos beneficiários implantado apresente distorções em relação ao grupo de beneficiários cotado.

Esta Proposta contempla a inclusão de demitidos/aposentados e afastados.

O Beneficiário incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no plano de saúde, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente beneficiável e/ou o mesmo dia de vigência do plano de saúde, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente: exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros do Beneficiário Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos e os filhos inválidos considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Beneficiário titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

A SulAmérica poderá disponibilizar os representantes "In Company", que será funcionário da SulAmérica e o valor mensal do salário, benefícios e impostos serão cobrados mensalmente, no valor mensal de R\$ 8.000,00, sendo: Valor mensal: R\$ 8.000,00, para 05 dias trabalhados por semana

Os valores de taxa de administração apresentados não consideram este serviço. O valor do representante "in company" é reajustado anualmente, no mês de janeiro, pelo índice de reajuste dos salários definido em acordo

ou convenção coletiva de trabalho da categoria, sendo que, em sendo o percentual de reajuste, homologado pelo sindicato da categoria em data posterior a data base, a aplicação/cobrança será retroativa a janeiro.

Farmácia: Saúde Online: Portal online com diversos serviços para obter informações e fazer consultas sobre o plano de saúde de forma rápida e simplificada, dentre elas pesquisar a lista de medicamentos com descontos e rede de farmácias.

O desconto é devido unicamente para medicamentos ali mencionados na rede especificada

Os valores consideram o Seguro Remissão de 36 meses

Vigência

A vigência mínima deste contrato de plano de saúde é de 12 (doze) meses.

O início de vigência será a partir da 0 (zero) hora do 1º (primeiro) dia do mês do pagamento da 1ª (primeira) fatura mensal.

Este contrato será renovado automaticamente por período indeterminado, respeitando o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes.

Sempre que este plano for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

Cancelamento do Plano por iniciativa do Contratante antes do término do período de vigência mínima.

Nos casos em que o Contratante solicitar o cancelamento antes do término do período inicial de vigência mínima conforme opção contratada, deverá comunicar a Contratada por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência e será cobrado uma taxa complementar.

O valor da taxa complementar será equivalente a 3 (três) vezes o valor da taxa administrativa calculada com base na taxa per capita vigente no último mês, multiplicado pela média da quantidade de Beneficiários vigentes nos últimos 12 (doze) meses.

O pagamento da taxa complementar será por meio de fatura e deverá ocorrer até o dia indicado na fatura do mês subsequente ao mês de cancelamento do contrato, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de pagamento da fatura.

Equipe de Relacionamento Saúde e Odontológico.

Nossos profissionais de Atendimento ao Cliente Corporativo oferecem amplo suporte ao RH no dia-a-dia de utilização do benefício, conforme relação abaixo:

Ana Paula Peixoto

Superintendente de Relações com Clientes

e-mail: anapaula.peixoto@sulamerica.com.br

Paula Fernanda Bento Clementino

Ger Relacionamento e Projetos de Planos

e-mail: paula.clementino@sulamerica.com.br

Marinilda Fonseca Santos

Consultor Relacionamento Clientes

e-mail: marinilda.fonseca@sulamerica.com.br

Local/Data: São Paulo, ____ de _____ de _____

CONTRATANTE: SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

SULAMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S. A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Proposta Técnica de Plano Administrado

Proposta nº: 60765/2022-1

Data: 23/11/2022

Empresa: SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

CNPJ: 60.765.823/0001- 30

População Total: 38.465



Prezados Senhores,

Agradecemos desde já o convite e a oportunidade de apresentarmos nossa Proposta de Plano de Assistência à Saúde SulAmérica, Saúde Administrado Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia à sua empresa.

Investir qualitativamente no capital humano é condição fundamental para as empresas que queiram diferenciar-se frente à concorrência constante no ambiente empresarial. Neste contexto a SulAmérica Serviços de Saúde S.A, empresa com reconhecida tradição e padrões superiores de qualidade, quer contribuir na otimização de seus resultados e na qualidade de vida do maior patrimônio de sua instituição, o ser humano.

A partir de agora, apresentaremos nossa Proposta de Plano SulAmérica Saúde Administrado um produto que tem como foco garantir a assistência à saúde de seus colaboradores e, por consequência, seu bem estar social e sua produtividade.

Encaminhamos Propostas Técnica e Comercial detalhando as vantagens de ter um Plano Administrado Saúde, com a qual esperamos poder atender suas expectativas e necessidades.

A SulAmérica deseja compartilhar toda qualidade e tradição dos seus produtos e esperamos consolidar uma parceria de sucesso.

Colocamo-nos à disposição para novas simulações ou esclarecimentos.

Atenciosamente,

SulAmérica Serviços de Saúde S.A



SOBRE A SULAMÉRICA

A SulAmérica Seguros, Previdência, Investimentos e Capitalização, com 125 anos de história, é o maior grupo segurador independente do Brasil e está entre as empresas mais sólidas e de maior credibilidade do mercado. Possui mais de 7 milhões de clientes e conta com a parceria de mais de 30 mil corretores.

SAÚDE E ODONTO

Reconhecida no mercado pela excelência em Gestão de Saúde com atuação focada em agilidade e transparência, diversidade de produtos e ferramentas de tecnologia eficientes, a SulAmérica oferece as melhores soluções em saúde e odontologia para o mercado corporativo.

Missão, Nossa Visão e Nossos Valores

MISSÃO

"Oferecer proteção e bem-estar a pessoas e organizações, em todas as fases de suas vidas, criando valor de forma sustentável, em uma relação de confiança e respeito".

VISÃO

"Sermos reconhecidos como a melhor opção nos mercados em que atuamos, satisfazendo com excelência as necessidades de nossos clientes por meio de um relacionamento próximo e sólido com nossos colaboradores, corretores e parceiros de negócios, buscando o equilíbrio entre crescimento e rentabilidade."

VALORES

Somos orientados para a satisfação dos nossos clientes e corretores

Valorizamos os colaboradores e o trabalho em equipe

Objetivamos uma relação saudável e de longo prazo em nossas parcerias

Buscamos sempre os melhores resultados e o aprimoramento contínuo de nossas operações

Cumprimos nossas promessas, preservando nosso comprometimento com a sustentabilidade



SulAmérica Saúde Administrado

O SulAmérica Saúde Administrado é um plano de saúde na modalidade de pós-pagamento, onde a empresa fica responsável pelo pagamento das taxas de administração e Saúde Suplementar (ANS) e despesas médicas realizadas pelos funcionários, ex-funcionários e dependentes, de acordo com as condições contratadas. A responsabilidade pelo gerenciamento do plano é da SulAmérica, que disponibiliza sua estrutura operacional, ferramentas de gestão e rede credenciada, garantindo assim a segurança e a tranquilidade para a sua empresa e funcionários.

Gestão Compartilhada

A SulAmérica acredita que a gestão compartilhada, focada na agilidade e transparência, garante uma relação de confiança duradoura e satisfatória com seus clientes.

Por esta razão, a SulAmérica disponibiliza relatórios gerenciais com as informações necessárias para acompanhar e monitorar a performance do benefício à saúde, possibilitando avaliar riscos, tendências e identificar desvios que necessitem ações de melhoria.

Os gestores de RH e corretores contam com uma equipe de relacionamento consultivo que monitora a satisfação dos clientes, atendendo de forma rápida às suas necessidades através de um acompanhamento efetivo de cada contrato, e oferece:

- Atendimento personalizado ao RH.
- Acompanhamento de processos operacionais.
- Realização de palestras de implantação.
- Conscientização sobre a melhor forma de utilizar o seguro.

O Portal SulAmérica Saúde Online oferece ao gestor de RH diversos serviços e informações:

- Consultar os dados de faturamento (demonstrativo da fatura, 2ª via do boleto, entre outros).
- Consultar a relação de beneficiários ativos e as movimentações ocorridas no mês.
- Pesquisar a rede credenciada com mapa de geolocalização.
- Pesquisar a lista de medicamentos com descontos e rede de farmácias.
- Acompanhar internações dos beneficiários.
- Consultar as tabelas de coberturas e reembolso.
- Gerar livrete da rede credenciada, personalizado para impressão ou em arquivo eletrônico.

Meio Eletrônico para Cadastro da SulAmérica Saúde – MECSAS

O MECSAS é uma ferramenta eletrônica de troca de informações entre a Operadora e os Contratantes do Plano Administrado Saúde, que agiliza o processo de aceitação, bem como certifica a transmissão de dados de maneira segura, rápida e com toda a comodidade:

- Sua utilização minimiza as movimentações efetuadas por documentos físicos;

- O acesso ao MECSAS pode ser efetuado por múltiplos usuários, isto é, várias estações de trabalho podem realizar movimentações simultaneamente;
- A ferramenta emite arquivo resposta atestando a aceitação dos beneficiários, bem como possíveis críticas verificadas durante o processo de aceitação;
- Ocorre a redução de rejeições por desconformidade com a política de aceitação de beneficiários, incorreções no cadastramento dos dados ou erros de digitação;
- Ocorre a diminuição do tempo de emissão e recepção de Cartões de Identificação para os beneficiários;
- Atualmente temos 94,4% das empresas compatíveis se utilizando da ferramenta eletrônica.

Gestão de Custos

Fazer uma gestão compartilhada significa, entre outras coisas, trabalhar em sintonia com o cliente, para que ele tenha o melhor custo/benefício possível. Para isso, a SulAmérica desenvolveu uma série de mecanismos e ferramentas de gestão de custos do plano.

- **Validação Prévia de Procedimentos**

Para maior conforto e tranquilidade do beneficiário, a rede credenciada solicita diretamente à SulAmérica os procedimentos e materiais especiais que requerem análise prévia da Operadora e uma equipe médica, que contempla diversas especialidades, avalia e valida cada solicitação.

- **Casos complexos**

Casos complexos podem ser direcionados para avaliação de uma junta médica para auxiliar o beneficiário na escolha da melhor opção terapêutica.

- **Internações**

As internações são acompanhadas por equipes médicas da SulAmérica Saúde desde a internação até a alta hospitalar, a fim de garantir a qualidade do atendimento.

Equipe de Atendimento Especializada ao RH

A empresa conta com atendimento personalizado, que inclui realização de palestras de implantação sobre as formas de utilização, reuniões de performance, além do suporte em qualquer situação necessária. A empresa conta ainda com Atendimento *In Company* (contratação opcional).

Para acompanhar e gerenciar a performance, a SulAmérica disponibiliza informações estatísticas, que possibilitam identificar desvios e proporção de ações.

- **Relatório Personalizado**

A SulAmérica possibilita também o desenvolvimento de relatórios personalizados, de acordo com as necessidades da empresa e com base nas informações disponíveis em nosso banco de dados. Respeitando sempre as regras e obrigações estabelecidas pela LGPD e pela Lei 9656/98 e sua regulamentação.

- **Relatório Gerencial**

O relatório gerencial é enviado mensalmente, abordando diversas informações estatísticas do contrato, tais como: custo pago mensalmente, distribuição do grupo beneficiário por titularidade e Plano, composição dos custos pagos por padrão e procedimentos, , com a carteira plano, entre outras.

Além dos relatórios acima, através do Health Analytics e da Gestão Conectada, o RH ou consultoria indicada pela empresa poderá obter maiores detalhes:

- ✓ Health Analytics – A fim de promover gestão e transparência, disponibilizamos uma plataforma online que oferece informações como: análise populacional, performance financeira apresentando dados do período, média móvel, serviços, prestadores, entre outras informações para gestão de saúde e financeira da população. Em 2018, o projeto Health Analytics Sulamérica, recebeu o Prêmio Antônio Carlos de Almeida Braga de Inovação em Seguros, da CNseg.
- ✓ Relatórios personalizados na ferramenta Gestão Conectada (modulo de interface do estipulante com autorização de procedimentos cirúrgicos)

- **Área Consultiva**

A empresa conta com os serviços de uma equipe consultiva composta por um gerente médico e um analista sênior, com os seguintes focos:

Atuar proativamente na gestão médica do cliente;

Canal de interlocução médica especializada;

Desenvolver um trabalho de análise sistemática dos dados da carteira, identificando oportunidades de otimização da utilização do benefício, ou seja, a partir da interpretação dos dados estatísticos, são sugeridas alternativas no intuito de orientar a melhor forma de administrar a utilização do benefício por parte dos beneficiários, com posterior acompanhamento das ações propostas.

Relacionamento com o Beneficiário

A SulAmérica Saúde disponibiliza ao beneficiário diversas formas para contato, proporcionando mais praticidade e agilidade para utilização dos serviços oferecidos. Confira:

SulAmérica Saúde Online: Portal online com diversos serviços para obter informações e fazer consultas sobre o plano de saúde de forma rápida e simplificada:

- Pesquisar a rede credenciada com mapa de geolocalização.
 - Consultar lista de medicamentos com desconto e rede de farmácias.
 - Consultar coberturas do plano.
 - Consultar extrato de utilização.
 - Consultar status de reembolso solicitado e demonstrativo de reembolsos pagos.
- 

- Consultar validação prévia e emitir 2ª via.
- Gerar livrete da rede credenciada, personalizado para impressão ou em arquivo eletrônico.

Portal de Privacidade SulAmérica: Acessado por meio do site da SulAmérica o segurado pode por meio deste portal exercer os seus direitos garantidos pela LGPD: consulta de seus dados pessoais, correção destes dados, gestão de consentimento, solicitação de esquecimento e portabilidade.

Aplicativo SulAmérica Saúde: direto pelo smartphone o segurado pode utilizar a versão digital do cartão de identificação na rede credenciada, além de acessar diversos serviços do Portal SulAmérica Saúde Online.

Central de Serviços SulAmérica Saúde: atendentes especializados 24 horas por dia. Por esse canal é possível obter informações sobre o plano de saúde, formas de utilização, consulta à rede credenciada, entre outros.

Guia do Uso Consciente: O Guia do Uso Consciente foi desenvolvido para esclarecer dúvidas e muitos termos técnicos usados por profissionais e empresas da área da saúde.

Ele ajuda o beneficiário a entender seus direitos e deveres e o papel que cada indivíduo representa na manutenção do sistema de saúde privado, deixando mais claros os processos, procedimentos e decisões do mercado de saúde: sulamericausoconsciente.com.br

Terminal de Autoatendimento SulAmérica Saúde: para solicitação de reembolso disponíveis nos principais pontos de atendimento da SulAmérica.

Descontos: os beneficiários contam com ampla lista de descontos, concedida em algumas regiões, que podem ser consultadas através do site www.sulamericaweb.com.br/sulamericamais. A lista de descontos está relacionada a seguir: Academias

- Acupuntura
 - Aluguel de veículos
 - Centro de vivência para idosos
 - Escola de dança
 - Materiais hospitalares
 - Medicamentos
 - Saúde e bem estar
 - SPA
 - Vacinas
 - Entre outros
- 

Coberturas Opcionais

As coberturas opcionais apresentadas a seguir poderão ser contratadas com custo adicional.

SulAmérica Saúde Ativa

O Programa Saúde Ativa é um conjunto de iniciativas para gestão de saúde e bem-estar, ajudando a evitar doenças crônicas e suas complicações assim como casos com maior complexidade.

As ações de monitoramento são repassadas em contas médicas e indicadas a partir do mapeamento da população através do preenchimento da plataforma de bem-estar.

A participação nas iniciativas está condicionada ao livre e expresso consentimento fornecido por cada beneficiário.

As ações de monitoramento são:

- Consultor de bem-estar;
- Acompanhamento de doenças crônicas;
- Envelhecimento saudável;
- Coluna ativa;
- Coluna in company;
- Gestação de risco;
- Monitoramento oncológico;
- Monitoramento articula o e
- Aten o no alto risco.

Assistência Viagem Internacional

O Seguro Viagem Internacional oferece cobertura no plano Seleto IV, por 45 (quarenta e cinco dias) dias.

As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
 - b) Acompanhante em caso de hospitaliza o prolongada;
 - c) Despesas farmacêuticas;
 - d) Despesas Jurídicas;
 - e) Funeral;
 - f) Hospedagem de acompanhante;
 - g) Interrup o de viagem
 - h) Prorroga o de estadia;
 - i) Retorno de acompanhantes;
- 

j) Retorno de menores;

k) Retorno do segurado;

l) Regresso sanitário

m) Traslado de corpo;

n) Traslado médico

As descrições de cada cobertura, exclusões e seus limites estão especificados no Guia do Segurado que será enviado por ocasião da emissão da apólice.

A solicitação do certificado será realizada diretamente pelo beneficiário (segurado), através do site www.sulamerica.com.br, respeitando o prazo de 10 (dez) dias de antecedência ao dia da viagem.

O valor do Seguro Viagem Internacional será definido pela quantidade de dias da viagem, de acordo com o plano e o destino.

Os planos Especial 100 e Executivo estão limitados até 45 (quarenta e cinco) dias de cobertura garantida.

Os valores dos certificados estão definidos em dólar americano. Porém, o pagamento será efetuado em moeda nacional.

Os pagamentos e/ou valores referidos em dólar americano terão os seus valores convertidos em moeda corrente nacional utilizando a taxa de câmbio vigente do dia útil anterior ao da emissão do certificado, considerando as informações do Banco Central do Brasil (www.bcb.gov.br).

Os preços definidos para o Seguro Viagem Internacional serão reajustados de acordo com o definido em contrato entre a SulAmérica e a Seguradora contratada.

Principais Características do Produto

O SulAmérica Saúde Administrado é um produto flexível, feito para sua empresa cuidar da saúde dos funcionários com controle total da gestão. É flexível porque pode ser personalizado de acordo com cada necessidade, conta com ampla rede credenciada e uma estrutura completa de atendimento.

A modalidade de contratação é Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, ou seja, cobertura para consultas, exames, cirurgias, internações hospitalares e partos.



São cinco opções de planos disponíveis que se diferenciam pela acomodação hospitalar, rede credenciada e múltiplos de reembolso.

Planos	Acomodação Hospitalar	Reembolso
Seleto IV	Quarto Privativo	Brasil
Seleto III	Quarto Privativo	Brasil
Seleto II	Quarto Privativo	Brasil
Seleto I	Quarto Coletivo	Brasil

A empresa poderá optar pela coparticipação financeira de seus colaboradores nos serviços utilizados em atendimento ambulatorial.

Coberturas adicionais à Lei 9.656/98

Além dos diversos procedimentos cobertos por lei, seus colaboradores contam com coberturas adicionais em todos os planos descritas a seguir entre outros serviços constantes no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde:

- Transplantes - coração, pulmão, pâncreas, pâncreas-rim e fígado, inclusive as despesas assistenciais com o doador vivo.
- Terapias:
 - a) Psicomotricidade - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do b)
 - Fonoaudiologia - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência.

Benefícios Opcionais para os planos Seleto I, Seleto II e Seleto III

- **Assistência Viagem Nacional:** acompanhante em caso de hospitalização do beneficiário, auxílio em caso de bagagem extraviada, reembolso de tarifa por passagem perdida, motorista substituto e muito mais.

Benefícios Opcionais no plano Seleto IV

- **Assistência Viagem Nacional e Internacional:** além da Assistência Viagem nacional, que conta com acompanhante em caso de hospitalização do Beneficiário, auxílio em caso de bagagem extraviada, reembolso de tarifa por passagem perdida, motorista substituto e muito mais, os beneficiários do plano Seleto IV, também tem a assistência viagem internacional, que conta com atendimento médico, incluindo os limites de cobertura exigidos pelos países do tratado de Schengen, gastos com medicamentos, atendimento odontológico, localização e encaminhamento de bagagem extraviada, assistência jurídica e muito mais.
Todos os serviços disponíveis na assistência viagem estão detalhados nas Condições Gerais do Plano.

A Rede Credenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais colocados à sua disposição, para prestar atendimento médico-hospitalar.

Credenciamento por Categorias

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
Clínicos (as)	13.918
Diagnoses / Laboratórios	3.338
Terapias / Terapêuticas	1.152
Hospitais	1.216
Prontos Socorros	77
TOTAL GERAL	19.701

Importante: Ressaltamos a importância em avaliar a disponibilidade da Rede credenciada nas localidades onde os grupos seguráveis encontram-se. Nesta proposta não consideramos novos credenciamentos.

O processo de credenciamento criterioso, visando a excelência em qualidade e a gestão constante da performance da rede, contribui para que a SulAmérica Saúde disponibilize para os beneficiários as melhores alternativas de atendimento.

Obs.: O acesso aos prestadores é de acordo com o plano contratado.

Cronograma de pagamento à rede credenciada

A contratante deverá realizar o pagamento à contratada das despesas médico-hospitalares despendidas pelos beneficiários do plano, conforme o cronograma de pagamento aos prestadores abaixo apresentado. Havendo atraso no pagamento de qualquer importância devida à operadora, referente à sua remuneração a contratante ficará sujeita aos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados pró-rata dia e multa de 2% (dois por cento), tudo acrescido, até o efetivo pagamento da dívida.

Reembolso

A SulAmérica mantém credenciados os mais bem conceituados médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, que poderão ser consultados diretamente na especialidade desejada. Além disso, seus funcionários também poderão escolher livremente o serviço médico ou hospitalar que desejarem, mesmo que não integrante da rede de prestadores credenciados, sendo atendidos, neste caso, pelo Sistema de Reembolso de acordo com o plano contratado.

O valor inicial da USR é de R\$ 0,9176

O valor da USR (Unidade de Serviço de Reembolso) poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

O reajuste do valor do reembolso deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao reajuste da taxa administrativa.



Local/Data: São Paulo, ____ de _____ de _____

CONTRATANTE: SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

**(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)**

SULAMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S. A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:



Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: A2E1B82D5584465B9AB7420D1DB50BBE
 Assunto: DocuSign: MA2122-23 - 4600019305 - CONTRATO SULAMÉRICA
 NOME PARTE CONTRÁRIA: CONTRATO SULAMÉRICA
 DIRETORIA: RECURSOS HUMANOS
 TIPO DE DOCUMENTO: DESPESA

Status: Concluído

Envelope fonte:

Documentar páginas: 116

Assinaturas: 13

Certificar páginas: 9

Rubrica: 0

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Remetente do envelope:

Vitor Augusto de lima

AVENIDA ALBERT EINSTEIN, 627

Sao Paulo, SP 05652-000

vitor.alima@einstein.br

Endereço IP: 189.108.75.164

Rastreamento de registros

Status: Original
 20/12/2023 13:08:10

Portador: Vitor Augusto de lima
 vitor.alima@einstein.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

Ana Paula da Silva
 anapaula.silva@sulamerica.com.br
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Autenticação

Assinatura

DocuSigned by:

 DAED4A325601480...

Registro de hora e data

Enviado: 20/12/2023 13:32:32
 Visualizado: 21/12/2023 20:47:05
 Assinado: 29/12/2023 15:21:18

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 179.106.120.251

Detalhes de autenticação

Autenticação SMS:

Transação: fa92112e-c769-409c-a9ba-45cc9710ddeb
 Resultado: aprovado
 ID do fornecedor: TeleSign
 Tipo: SMSAuth
 Realizado: 21/12/2023 20:46:33
 Telefone: +55 11 98228-0991

Autenticação SMS:

Transação: 76845baf-3bab-43e5-8c1a-7c2382101b91
 Resultado: aprovado
 ID do fornecedor: TeleSign
 Tipo: SMSAuth
 Realizado: 28/12/2023 18:29:07
 Telefone: +55 11 98228-0991

Autenticação SMS:

Transação: eda6f1c4-63a4-4086-a4a1-5e7916bce218
 Resultado: aprovado
 ID do fornecedor: TeleSign
 Tipo: SMSAuth
 Realizado: 28/12/2023 23:55:13
 Telefone: +55 11 98228-0991

Autenticação SMS:

Transação: ad4ea615-3c60-4ac7-b6b8-70264ea54212
 Resultado: aprovado
 ID do fornecedor: TeleSign
 Tipo: SMSAuth
 Realizado: 29/12/2023 15:20:45
 Telefone: +55 11 98228-0991

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 21/12/2023 20:47:05
 ID: ab93a4e2-0628-4e1c-89ce-866d5de51863

Eventos do signatário

Marcelo Queiroz
marcelo.queiroz@sulamerica.com.br
Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

Assinatura

DocuSigned by:
Marcelo Queiroz
0D4BA5C87B7A4DE...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 189.110.30.65

Registro de hora e data

Enviado: 29/12/2023 15:21:28
Visualizado: 29/12/2023 15:29:26
Assinado: 29/12/2023 15:29:56

Detalhes de autenticação

Autenticação SMS:

Transação: 93412d83-bbc9-47f0-9a1d-28bc7e64acca
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 29/12/2023 15:29:02
Telefone: +55 11 93750-3361

Autenticação SMS:

Transação: 8f9b77ba-9ca2-4bb9-8048-443304cd0f6e
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 29/01/2024 09:37:08
Telefone: +55 11 93750-3361

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2023 15:29:26
ID: eed24d5c-177c-4fde-b0fd-800be8fa991c

Thais Fernanda Leite Zoghbi
thais.zoghbi@einstein.br
Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

DocuSigned by:
Thais Fernanda Leite Zoghbi
5E5632EC9D1E43D...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 189.108.75.164

Enviado: 29/12/2023 15:30:04
Visualizado: 08/01/2024 11:45:35
Assinado: 08/01/2024 11:45:56

Detalhes de autenticação

Autenticação SMS:

Transação: d5ed5c43-1f90-4f7d-89f9-8c79ca649f59
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 08/01/2024 11:45:10
Telefone: +55 11 97290-3846

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Ana Paula Mendes Peixoto
anapaula.peixoto@sulamerica.com.br
Superintendente
Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:
Ana Paula Mendes Peixoto
0485F5818FC7479...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 177.60.46.80

Enviado: 08/01/2024 11:46:06
Reenviado: 12/01/2024 15:58:15
Visualizado: 13/01/2024 12:00:04
Assinado: 13/01/2024 12:00:50

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 13/01/2024 12:00:04
ID: d423d6b3-b8b7-42d8-ac77-d8c92146ae4e

Andrea Matos
andrea.matos@einstein.br
Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:
Andrea Matos
45BA5FF0204B4A9...

Adoção de assinatura: Desenhado no dispositivo
Usando endereço IP: 191.8.224.203

Enviado: 13/01/2024 12:01:00
Visualizado: 13/01/2024 14:27:44
Assinado: 13/01/2024 14:28:09

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Eventos do signatário

Heitor Augusto Pereira Barbosa
heitor.augusto@sulamerica.com.br
Diretor Comercial

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

Assinatura

DocuSigned by:
Heitor Augusto Pereira Barbosa
F66C4EA88CE7460...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 187.37.179.137

Registro de hora e data

Enviado: 13/01/2024 14:28:20
Visualizado: 14/01/2024 11:57:04
Assinado: 14/01/2024 11:57:18

Detalhes de autenticação

Autenticação SMS:

Transação: 1972ed52-6226-4298-8cc7-3967f9b5bf7a
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 14/01/2024 11:56:41
Telefone: +55 11 99993-3589

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 14/01/2024 11:57:04
ID: 8e293467-e387-43e2-bfac-7d57bccdc36c

Carla Bonfim

Carla.Bonfim@einstein.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:
Carla Bonfim
9A74A177A29F4E3...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 189.108.75.164

Enviado: 14/01/2024 11:57:28
Visualizado: 15/01/2024 07:24:01
Assinado: 15/01/2024 07:24:12

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Rogéria Leoni Cruz

rogeria.magalhaes@einstein.br

Diretora Jurídica

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

DocuSigned by:
Rogéria Leoni Cruz
5F5CD9774969445...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 189.108.75.164

Enviado: 15/01/2024 07:24:23
Visualizado: 15/01/2024 11:51:01
Assinado: 15/01/2024 11:51:16

Detalhes de autenticação

Autenticação SMS:

Transação: 1071d3f8-2a5a-41ef-a7fa-69b4383cb5e8
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 15/01/2024 11:50:31
Telefone: +55 11 99633-9861

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 15/01/2024 11:51:01
ID: ee1533ba-5a4c-4a34-96b5-daf1b5711652

Miriam do Carmo Branco da Cunha

miriam@einstein.br

Diretora Executiva

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

DocuSigned by:
Miriam do Carmo Branco da Cunha
EE80365F9EF344D...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: 189.108.75.164

Enviado: 15/01/2024 11:51:26
Visualizado: 15/01/2024 16:24:33
Assinado: 24/01/2024 19:18:10

Detalhes de autenticação

Autenticação SMS:

Transação: 7952c1ab-5a24-4d32-a347-8b18198df2b2
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 15/01/2024 16:24:05
Telefone: +55 11 99901-0820

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data****Autenticação SMS:**

Transação: 5188c8fc-9949-4c7e-b3ce-6fcb8f5e2d1a
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 15/01/2024 16:27:53
Telefone: +55 11 99901-0820

Autenticação SMS:

Transação: b1e7b125-b727-422b-a6c9-da1d6fc20f87
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 24/01/2024 18:31:47
Telefone: +55 11 99901-0820

Autenticação SMS:

Transação: fc0e7657-118d-451c-8a83-c662cf885c5b
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 24/01/2024 19:15:49
Telefone: +55 11 99901-0820

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 20/04/2022 17:09:21
ID: c9e0c74b-02f6-46d7-bc06-db43567eb66a

Henrique Sutton de Sousa Neves

henrique.neves@einstein.br

Diretor Geral

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

Henrique Sutton de Sousa Neves

824D5DA0A7234BD...

Enviado: 24/01/2024 19:18:21

Visualizado: 26/01/2024 09:00:22

Assinado: 26/01/2024 09:01:00

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 177.26.228.80

Assinado com o uso do celular

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 26/01/2024 09:00:22
ID: 1f69ddaa-a723-4bfe-8d3a-794c723b2bcf

GILBERTO MAKITAS MEICHES

gilbertomeiches@gmail.com

Vice-presidente

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

DocuSigned by:

GILBERTO MAKITAS MEICHES

8E03B0FD23AB4CD...

Enviado: 26/01/2024 09:01:10

Visualizado: 26/01/2024 09:22:03

Assinado: 26/01/2024 09:22:34

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.62.8.245

Detalhes de autenticação**Autenticação SMS:**

Transação: 3a988827-5a8f-499d-8691-51be47203e0c
Resultado: aprovado
ID do fornecedor: TeleSign
Tipo: SMSAuth
Realizado: 26/01/2024 09:21:32
Telefone: +55 11 97542-2821

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 26/01/2024 09:22:03
ID: b38c40f9-2878-4458-b7ba-b16e854d98c7

SIDNEY KLAJNER

sidney.klajner@einstein.br

Presidente

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Autenticação

DocuSigned by:

SIDNEY KLAJNER

4BEDD5E7785E41A...

Enviado: 26/01/2024 09:22:45

Visualizado: 28/01/2024 10:35:39

Assinado: 28/01/2024 10:37:43

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 104.28.63.106

Assinado com o uso do celular

Detalhes de autenticação

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
-----------------------	------------	-------------------------

Autenticação SMS:

Transação: 4cdd929f-5d8f-4b75-b7ef-18d1706617ad

Resultado: aprovado

ID do fornecedor: TeleSign

Tipo: SMSAuth

Realizado: 28/01/2024 10:35:18

Telefone: +55 11 97226-8327

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/01/2024 10:35:39

ID: 3351658d-f6b9-493e-8fab-3dd4dcda0229

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------------	------------	-------------------------

Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
------------------------------	--------	-------------------------

Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
-----------------------------	--------	-------------------------

Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
-----------------------------------	--------	-------------------------

Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
---------------------------------	--------	-------------------------

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
------------------	--------	-------------------------

qualidade.implantacao@sulamerica.com.br

Copiado

Enviado: 20/12/2023 13:32:33

qualidade.implantacao@sulamerica.com.br

Visualizado: 21/12/2023 19:58:32

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 15/05/2023 13:46:06

ID: bb38fb36-60b3-4070-b065-ab424c696463

suaso.visualizador@sulamerica.com.br

Copiado

Enviado: 20/12/2023 13:32:33

suaso.visualizador@sulamerica.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 15/05/2023 11:39:56

ID: 83a1e239-d2d2-4589-b7d7-d5214cae11b6

Nucat

Copiado

Enviado: 28/01/2024 10:37:53

tecnica.aditamentos@sulamerica.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Mari Fonseca

Copiado

Enviado: 28/01/2024 10:37:56

marinilda.fonseca@sulamerica.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
-------------------------------	--------	----------------------

Envelope enviado

Com hash/criptografado

20/12/2023 13:32:34

Envelope atualizado

Segurança verificada

12/01/2024 15:58:15

Entrega certificada

Segurança verificada

28/01/2024 10:35:39

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Assinatura concluída	Segurança verificada	28/01/2024 10:37:43
Concluído	Segurança verificada	28/01/2024 10:37:57

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: patricia.lugatto@einstein.br

To advise SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

- i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;
- ii. send us an email to patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’, you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region during the course of your relationship with SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region.