

PRODUTO Nº 466.733/12-6

Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica tipo Hospitalar Global Standard Coletivo Por Adesão sem Cobertura Odontológica com Co-Participação

Contrato de prestação de serviços que entre si fazem
**COOPERATIVA DE GERAÇÃO DE ENERGIA E
DESENVOLVIMENTO TAQUARI JACUÍ** e o
Centro Clínico Gaúcho Ltda.

DAS PARTES:

Qualificação do Contratante:

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços **COOPERATIVA DE GERAÇÃO DE ENERGIA E DESENVOLVIMENTO TAQUARI JACUÍ** com sede em Taquari, à Rua General Osório, n.º 2548, 2º piso Bairro Centro, inscrita no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda sob n.º 09.285.738/0001-17 neste ato representada por seu Presidente, Sr. Pedro Anísio Aquino Maia, daqui por diante denominada EMPRESA contratante.

Qualificação da Contratada:

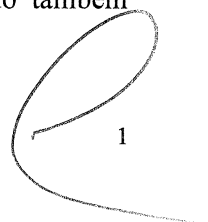
A operadora **CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA**, REGISTRO NA ANS SOB N.º 39.280-4, classificado como Medicina de Grupo, com endereços em Porto Alegre à Av. São Pedro, 1327; Av. Alberto Bins, 391, 837 e 799; Av. Cristóvão Colombo, 542; Av. do Forte, 171; Pça XV de Novembro, 16/203, e nas Cidades de Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, São Leopoldo e Viamão, inscrita no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda sob n.º 00.773.639/0001-00, neste ato representada por seus sócios, no fim assinados, doravante designado **CENTRO CLÍNICO**, tem entre si justo e acertado o **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**, de segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRICIA – Coletivo por Adesão**, com acomodação semi-privativa dois leitos, mediante as seguintes cláusulas e condições que encontram-se em conformidade com a Lei 9656/1998.

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da lei 9656/98, visando a Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento. Trata-se de contrato, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO



1

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO:

Pessoas aptas a utilizar os serviços;

- 2.1. O plano de saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à pessoa física que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com:
- conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
 - sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações;
 - associações profissionais legalmente constituídas;
 - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
 - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
 - bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395, de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985;
 - o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo (filhos, inclusive enteados), e até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro independente do sexo, desde que comprovada a união através de declaração de união estável registrada em cartório cônjuge ou companheiro;
- 2.2. Compete ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário.
- 2.3. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular no plano de saúde.
- 2.4. Serão considerados beneficiários da prestação de serviços o titular, pertencente ao corpo profissional, classista ou setorial da entidade contratante, podendo ainda, serem inscritos pelo titular seus dependentes, assim constituídos:
- O cônjuge;
 - O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salva por decisão judicial;
 - Os filhos e enteados, ambos com até 21 anos incompletos (20 anos, 11 meses e 29 dias) ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias);
 - Os tutelados e os menores sob guarda (mediante decisão judicial).
- 2.5. Cadastramento de beneficiários:
Para uso dos benefícios previstos neste Contrato, é indispensável o cadastramento prévio dos beneficiários titulares e dependentes junto ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO:
- 2.5.1. Haverá cobertura contratual ao recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou do seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente do cadastramento, sendo condicionadas as carências já cumpridas pelo beneficiário titular, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;
- 2.5.2. No caso de inscrição, do recém nascido (filho natural ou adotivo) do beneficiário, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento/adoção, este ingressará no plano com as mesmas carências já cumpridas, até a data da inscrição, pelo titular;
- 2.5.3. No caso de inscrição de filho adotivo, até 12 anos de idade, haverá aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante;

- 2.5.4. O prazo para apresentação da documentação comprobatória da condição de universitário, a fim de aproveitar o cumprimento de carência e CPT, será de 30 dias a contar da data que completar a maioria prevista no item 2.4 letra “c”.
- 2.6. As inclusões se efetivarão dentro do mês de sua comunicação, sendo observado o prazo máximo de 05 dias úteis contados do recebimento da solicitação para o cadastramento. Neste período, o beneficiário poderá usufruir dos serviços contratados mediante a apresentação de documento com foto, acompanhado de autorização da ENTIDADE contratante. Na hipótese da utilização de eventuais atendimentos antes desse prazo, a ENTIDADE autorizará estes para débito do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 2.7. A ENTIDADE fornecerá a relação nominal dos beneficiários que deverão ser vinculados ao plano e os enviará em formulários, apropriados, a serem fornecidos pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 2.7.1. Será necessária a comprovação para o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO da dependência dos familiares designados em relação aos integrantes das categorias elencadas no item 2.1 g, do presente contrato;
- 2.7.2. É obrigatório o vínculo profissional, classista ou setorial entre o beneficiário titular e a ENTIDADE contratante, sendo que o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO reserva-se no direito de exigir documentação comprobatória.
- 2.8. A ENTIDADE informará, mensalmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO em formulários próprios, o efetivo mensal do corpo funcional e seus dependentes;
- 2.8.1. O efetivo mensal será calculado com base no número de beneficiários cadastrados pela ENTIDADE;
- 2.9. As adesões dos beneficiários titulares e dependentes serão automáticas na data da contratação do plano ou para as adesões posteriores, no ato da vinculação do beneficiário a ENTIDADE contratante;
- 2.9.1. Os beneficiários cadastrados posteriormente a contratação do plano ou após 30 dias de sua vinculação a EMPRESA contratante, deverão cumprir os prazos de carências estipulados neste contrato, observando também, os critérios e prazos para cobertura parcial temporária, doenças e/ou lesões preexistentes, bem como o oferecimento de agravo.

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Prestação de Serviços de Assistência Médica e afins, de acordo com as coberturas e segmentações do Rol de Procedimentos da ANS.

- 3.1. É garantido pelo plano, consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em unidade da rede referenciada pela contratada e rede credenciada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo:
- 3.2. Exames, atendimentos e procedimentos listados no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, quando solicitados/realizados por médicos/serviços próprios, contratados, ou credenciados pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.
- 3.3. Cobertura dos serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente

hospitalar, inclusive para os seguintes procedimentos considerados especiais: hemodiálise e diálise eritoneal – CARPD; quimioterapia oncológica ambulatorial; radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia etc); procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais; hemoterapia ambulatorial; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais e demais doenças listadas na Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – CID, da organização Mundial da Saúde.

- 3.4. Cobertura de consultas/sessões com as especialidades de nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- 3.5. Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- 3.6. A cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- 3.7. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - atividades educacionais;
 - consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - implante de dispositivo intra-uterino (diu) incluindo o dispositivo.
- 3.8. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- 3.9. É assegurado o atendimento ao beneficiário dentro da área da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento;
- 3.10. Cobertura hospitalar, sem limite de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva, nos eventos a seguir descritos, exclusivamente através do corpo clínico e hospitais previamente credenciados e a critério do médico assistente:
 - a) internações clínicas e cirúrgicas;
 - b) internações decorrentes de emergências;
 - c) internações decorrentes de urgências;
 - d) Atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações no processo gestacional, bem como abortos determinados exclusivamente em razão do risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios de deontologia médica, além de despesas com berçário;
 - e) 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;



- f) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) Transplantes de rins e córneas, transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber, tais como: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

3.11. Coberturas Obstétricas:

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura de um acompanhante indicado pela gestante durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, independente de cadastramento, sendo vedada qualquer aplicação de cobertura parcial temporária ou agravamento para doenças ou lesões preexistentes, desde que o titular do plano já tenha cumprido todos os prazos de carências contratuais.

3.12. Cobertura das despesas de material médico hospitalar, incluindo ainda:

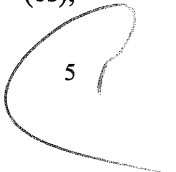
- a) Internação em quarto semiprivativo, com direito a acompanhante para beneficiários menores de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- b) Utilização do centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva ou semi-intensiva, leitos especiais e toda aparelhagem necessária ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
- c) Alimentação, inclusive dietética, durante o período em que o paciente estiver internado;
- d) Serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- e) Materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
- f) Gases medicinais indispensáveis ao tratamento, enquanto o paciente permanecer internado;
- g) Remoção do paciente em ambulância, motivada por evento coberto pelo Plano de Saúde e realizada por via terrestre na área de abrangência do convênio, para unidade hospitalar do atendimento, desde que solicitado e devidamente justificado pelo médico assistente do CENTRO CLINICO GAÚCHO;
- h) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato.
- i) Despesas médicas com doadores vivos, até sua alta hospitalar;
- j) Transplantes de rim e córnea, incluindo as despesas com o procedimento realizado.

3.13. Despesas Médicas:

- a) Honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação, incluindo os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar (es), anestesista e instrumentador;



5



- b) Honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia, realizados durante a internação hospitalar;
 - c) Exames laboratoriais durante o período de internação;
 - d) Exames antomo patológico, radiológicos e cintilográficos, enquanto o beneficiário estiver internado, ou em ambiente ambulatorial, desde que referentes ao tratamento coberto indispensáveis ao controle da doença e sua elucidação diagnóstica;
 - e) Transfusão de sangue e seus derivados, até sua alta hospitalar;
 - f) Tratamento quimioterápico, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal, hemoterapia, nutrição parenteral, ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames anestésicos ou pré-cirúrgicos, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia, hemoterapia, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção, de acordo com a prescrição médica e realizada no período de internação hospitalar.
- 3.14. Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas;
- 3.14.1. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário;
 - 3.14.2. Essa co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- 3.15. Conta-se o período de 1 (um) ano de vigência do contrato a partir do início da vigência do presente contrato para os usuários inscritos no seu início e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos.
- 3.16. Atendimento na especialidade Psiquiatria nas seguintes condições:
- a) Atendimento as emergências - situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças de tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou riscos de danos morais e patrimoniais;
 - b) Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, e acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecido pelo art. 22 da RN 211;
 - c) Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde – CID 10, da OMS e Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

CLÁUSULA QUARTA - DAS EXCLUSÕES

Procedimentos, consultas ou exames não cobertos por este instrumento.

4.1. Excluem -se do presente contrato:

- a) Estão excluídos da cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, EXCETO as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar e, ainda:



- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, sendo considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou ainda, cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA;
 - c) Consultas domiciliares, bem como, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliares;
 - d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como a aplicação de órteses e próteses para o mesmo fim;
 - e) Qualquer tipo de inseminação artificial;
 - f) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética
 - g) Tratamento em clínica de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internação que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
 - h) Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - i) Medicamentos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
 - j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico científicas brasileiras;
 - k) Qualquer atendimento em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declaradas pela autoridade competente;
 - l) Cirurgias plásticas em geral (exceto as reparadoras) para:
 - 1- correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do contrato; e/ou.
 - 2- correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que se tenha manifestado após o início da vigência do contrato, estando a cobertura sujeita à comprovação, mediante laudo anatomopatológico da lesão.
 - m) Logopedia;
 - n) Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários.
 - o) Fornecimento de órtese e prótese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - p) PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional);
 - q) Os serviços que não constarem no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, devidamente atualizado;
- 4.2. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá prestar quaisquer serviços excluídos/não cobertos pelo presente contrato, mediante débito para a ENTIDADE, desde que, previamente autorizado.

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

CLÁUSULA QUINTA - DA VALIDADE E RESCISÃO DO CONTRATO

Período de Vigência;

- 5.1. O prazo de validade do presente contrato será de 12 (doze) meses a contar da data da sua assinatura.
- 5.2. Na renovação do contrato, prevalecerão, para todos os fins, as condições, normas, coberturas e limitações já previstas, sem que haja nova cobrança de taxas, despesas ou a incidência de períodos adicionais de carências.

- 5.3. Após o período de 12 (doze) meses contratados, o presente contrato poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

CLÁUSULA SEXTA - DAS CARÊNCIAS

- 6.1. Os prazos de carências serão estipulados a partir do início da vigência do presente contrato para os usuários inscritos no seu início, e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos, sendo vinculados aos seguintes prazos:
- a) 24 horas para urgência e emergência;
 - b) 180 dias para exames de alta complexidade, procedimentos que demandem estrutura de bloco cirúrgico em hospital, internações hospitalares em clínica médica, pediátrica e cirúrgica;
 - c) 300 dias para partos a termo.
- 6.2. As carências citadas na cláusula acima, não serão exigidas quando:
- a) a inscrição do beneficiário ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato;
 - b) o beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 7.1. Doença ou lesão preexistentes é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.
- 7.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.
- 7.3. O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, declaração de saúde (documento anexo a este contrato), conforme disposto na Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007 da ANS.
- 7.3.1. Sendo constatada pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas ao beneficiário:
- a) Cobertura Parcial Temporária, cujo prazo será no máximo 24 meses, a contar da inclusão do beneficiário. Findado o prazo, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente;
 - b) Agravo, acréscimo no valor da contratação paga ao plano.
- 7.3.2. A escolha de uma das alternativas anteriores dependerá exclusivamente de decisão do beneficiário, por meio de declaração expressa, constante na proposta de adesão.
- 7.4. Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.
- 7.4.1. Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário no preenchimento da proposta de adesão, o usuário será imediatamente comunicado pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, caso o beneficiário não concorde com a alegação, o Centro Clínico encaminhará a documentação pertinente a Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que abrirá processo administrativo para investigação;

- 7.4.2. Cumpre esclarecer, que durante período em que a ANS estiver analisando o referido processo investigatório, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, se por vontade do beneficiário, poderá realizar o procedimento pretendido normalmente;
- 7.4.3. Entretanto, se ao término do processo investigatório pela ANS, for constatado a omissão do beneficiário em relação às doenças ou lesões preexistentes, este deverá ressarcir, integralmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, as despesas decorrentes do procedimento realizado, de acordo com tabela particular dos beneficiários.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLÁUSULA OITAVA – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Atendimento de Urgência e Emergência:

Para efeitos desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no período gestacional.

- 8.1.1. Para os casos de urgência e emergência o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.
- 8.1.2. Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para no plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
- 8.1.3. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- 8.1.4. O beneficiário terá a garantia de atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, durante processo gestacional ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos que o beneficiário estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resulte a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes. Caso isso ocorra será cessada a responsabilidade financeira do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, sendo garantida a beneficiária a remoção para o SUS (Sistema Único de Saúde).
- 8.1.5. Será garantido os atendimentos de urgência e emergência, limitando às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, quando efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

8.2. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados do CENTRO CLINICO GAÚCHO dentro da abrangência geográfica contratada, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os locais de redes credenciadas;

- 8.2.1. Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar ao CENTRO CLINICO GAÚCHO aos originais dos seguintes documentos:
- a) Recibo discriminado da despesa;
- b) Relatório/atestado do médico assistente que comprove a urgência/emergência;
- 8.2.2. O valor a ser reembolsado nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.
- 8.2.3. O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada contados da data do evento;
- 8.2.4. O reembolso será utilizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados após o protocolo da documentação acima solicitada.



9

8.3. Remoção:

Nos casos comprovadamente necessários, indicado pelo médico assistente, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato:

- a) para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- b) para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário ainda estiver cumprindo período de carências para internação;
- c) para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.3.1. Nestes casos, são aplicáveis as seguintes regras:

- a) Caberá ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente (dentro da área de abrangência estipulado em contrato) para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- b) Nos casos em que o beneficiário não estiver sendo atendido na unidade de atendimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO e que não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, a operadora desse ônus;
- c) Na remoção, O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

IX – MECANISMO DE REGULAÇÃO

CLÁUSULA NONA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Área de abrangência e locais de atendimento.

- 9.1. Os beneficiários deverão consultar com o médico clínico geral que irá encaminhá-lo, se necessário, para o médico especialista apropriado da rede própria ou credenciado.
- 9.2. É obrigatório à apresentação da Cédula de Identificação para usufruir dos atendimentos e recursos deste Contrato, acompanhados de um documento de identificação com foto, tanto nas unidades próprias, quanto nos serviços credenciados.
- 9.3. Os atendimentos e serviços deste Contrato serão executados pelas unidades do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, nas localidades de Porto Alegre, Canoas, Gravataí, Cachoeirinha, Guaíba, Alvorada, São Leopoldo e Viamão e onde mais dispuser de serviços prévia e especialmente credenciados;
 - 9.3.1. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO oferecerá ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados, obedecendo as regras que disciplinam o atendimento, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta)



- anos, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consulta, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais associados;
- 9.3.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço Relacionamento com o Cliente ou por meio da internet na página da Operadora.
- 9.3.3. Para aqueles contratos em que há co-participação do beneficiário no momento da consulta, poderá RECONSULTAR, com o mesmo médico e/ou especialidade pela mesma patologia, sem a necessidade de efetuar novamente o pagamento, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias;
- 9.3.3.1. NÃO HAVERÁ RECONSULTAS nas seguintes especialidades médicas: nutricionista; fonoaudiologia; psicologia; oftalmologia.
- 9.3.4. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO se reserva, outrossim, o direito de modificar, extinguir ou realizar novos convênios de credenciamento de profissionais, clínicas e pronto socorros, mantendo sempre o seu alto padrão técnico e informando à EMPRESA;
- 9.3.5. Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO comunicará a ENTIDADE contratante e a Agência Nacional de Saúde – ANS, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, garantindo assim a continuidade da internação.
- 9.4. Falta a consultas, exames e sessões previamente agendados:
As consultas, exames e sessões marcadas poderão ser canceladas através do telefone da central da marcação de consultas, até às 18 horas do dia anterior a consulta;
- 9.4.1. A cada consulta ou exame agendado e não desmarcado, implicará na cobrança de taxa no valor de R\$ 30,00 por consulta e/ou exame;
- 9.4.2. As sessões de fisioterapia agendadas que não forem desmarcadas com antecedência, implicará na cobrança de taxa no valor de R\$ 10,00;
- 9.4.3. A cobrança da taxa será acrescida no valor da fatura mensal enviada a EMPRESA contratante;
- 9.4.4. Os valores relativos a faltas consultas, exames e sessões previamente agendados serão reajustados anualmente pela empresa CONTRATADA, devendo a CONTRATANTE ser informada previamente acerca dos novos valores.
- 9.4.5. Em caso de falta injustificada do profissional em que o beneficiário não pode ser comunicado em tempo hábil, existirá o reembolso do mesmo valor por parte do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, devendo o beneficiário solicitar junto à unidade que haveria o atendimento, sendo este realizado no prazo máximo de até 15 dias.

ROTINA PARA OBTENÇÃO GUIA

- 9.5. A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou um prazo inferior, quando caracterizada urgência.
- 9.5.1. Para fins de internações hospitalares, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO emitirá guia de apresentação aos hospitais previamente credenciados, desta forma, acompanhado da requisição do médico assistente, o beneficiário, encaminhará sua solicitação de autorização em qualquer unidade de atendimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 9.5.2. Nos casos de urgência e emergência, esta guia será fornecida, pelo hospital onde o beneficiário estiver internado, mediante apresentação do comprovante de baixa e relatório do médico assistente, respeitado o limite de **48 horas** úteis após o evento da

- baixa. Passado o prazo limite, para retirada da guia, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO se desobrigará, cabendo ao usuário satisfazer as despesas efetuadas;
- 9.5.3. Quando do uso indiscriminado de hospitais não credenciados previamente, sem a indicação dos mesmos pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, ou a utilização destes em caráter particular, a responsabilidade por esta preferência ou utilização será exclusivamente do usuário, a quem caberá o devido ônus.
- 9.6. Os serviços e diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da operadora.
- 9.7. A definição de impasses de divergência médicas será definida através de junta médica.
- 9.9. Haverá cobrança no valor de R\$ 10,00 (dez reais) referente à segunda via do Cartão de Identificação, que será confeccionado sempre que houver necessidade, mediante solicitação da EMPRESA. A primeira via do Cartão de Identificação é fornecida pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO gratuitamente.
- 9.8. Haverá o pagamento de co-participação para consultas por parte dos beneficiários vinculados a este contrato conforme tabela abaixo, faturado mensalmente.

Grupo	Coparticipação
Consultas médicas:	R\$ 25,00

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 10.1. Após o fechamento do efetivo mensal que será enviado pela ENTIDADE, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO enviará fatura referente aos atendimentos realizados no mês, sendo de responsabilidade da ENTIDADE o pagamento da fatura referente à totalidade de beneficiários inscritos, ressalvadas as hipóteses previstas nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98.
- 10.2. A ENTIDADE efetuará a quitação mensal, no 5º dia do mês subsequente da prestação dos serviços, pelo número de beneficiários vinculados a empresa, sendo os valores determinados de acordo com a faixa etária de cada usuário.
- 10.2.1. Após a data de vencimento das faturas, incidirão: multa de 2% sobre o valor do débito em atraso, juros de mora de 1,0% ao mês, atualizado monetariamente, pela variação do IGPM;
- 10.2.2. O não recebimento da fatura mensal ou outro instrumento de cobrança não desobriga o usuário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal;
- 10.2.3. Em caso de inadimplemento do beneficiário para com a ENTIDADE esta poderá solicitar, de imediato, a exclusão deste beneficiário, bem como de seus dependentes inscritos do plano de saúde.
- 10.3. Taxa de Implantação:
Não será cobrada taxa de implantação no presente contrato.
- 10.4. Não haverá distinção quanto ao valor da prestação entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculado.



- 10.5. A EMPRESA reconhece que os valores estabelecidos neste contrato são líquidos e certos, legitimando emissão de faturamento mensal, em conformidade com esta Cláusula e procedimento executivo nos casos de inadimplência com a inclusão, então, dos juros legais e as despesas processuais, advocatícias e demais cominações legais.

XI – REAJUSTE

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO REAJUSTE QUANDO O CONTRATO POSSUIR 30 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

- 11.1. A atualização dos valores dos custos mensais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, pela variação do IGPM, sendo aplicada a todos os usuários ativos no contrato, independentemente da idade.
- 11.1.1. O percentual reajustado será informado a ANS até 30 (trinta) dias após a data da aplicação;
- 11.1.2. Nos casos em que houver a opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão preexistentes os percentuais de reajustes acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.
- 11.1.3. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário (vigência) do contrato.
- 11.2. O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior à 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98;
- 11.3. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.
- 11.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será negociado de comum acordo entre as partes, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.
- 11.5. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo será procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3 e nas mesmas datas;
- 11.6. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE QUANDO O CONTRATO POSSUIR MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS

- 12.1. Para fins de cálculo do percentual de reajuste, nos termos da RN 309 da ANS, a empresa CONTRATANTE que no mês de aniversário do contrato, obtiver menos de 30 beneficiários cadastrados no plano, fará parte do grupo chamado “Pool de Risco”.

- 12.2. Para cálculo do índice de reajuste das empresas pertencentes ao Pool de Risco, será realizado o agrupamento do índice de sinistralidade de toda a carteira de clientes da Operadora que possuem quantidade de beneficiários inferior a 30 vidas, somado ao índice IGP-M, sendo o percentual total divulgado no site a partir do mês de Maio de cada ano.
- 12.3. A avaliação de reajuste é feita partindo-se do pressuposto de equilíbrio na relação contratual, através da seguinte fórmula:
- $$R = (1 + R^1) \times (1 + R^2) - 1$$
- Onde:
- R¹ indica a recomposição econômico-financeira do Pool de Risco, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.*
- R² indica a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período, através do índice IGP-M*
- 12.4. Esse mesmo percentual de reajuste será aplicado no valor da mensalidade como também, no valor correspondente a taxa de co-participação, se houver.
- 12.5. A quantidade de beneficiários vinculados ao contrato será apurada anualmente no mês de seu aniversário;
- 12.6. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento será aplicado no mês de aniversário do contrato no período do mês de maio ao mês de abril do ano subseqüente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste;
- 12.7. Será calculado um valor único de percentual de reajuste para o agrupamento ao qual está agregado o contrato;
- 12.8. O percentual de reajuste aplicado ao agrupamento será divulgado pelo contratado em seu endereço eletrônico na internet (www.centroclinicogaucho.com.br), bem como na fatura e boleto de cobrança remetida à CONTRATANTE, anualmente, até o primeiro dia útil do mês de Maio.

XIII – FAIXAS ETÁRIAS

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS FAIXAS ETÁRIAS:

Valores da taxa mensal;

- 13.1. Variação do preço em razão da faixa etária:

Havendo alteração de faixa etária de beneficiário inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subseqüente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme determina o art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

FAIXAS ETÁRIAS	VALOR MENSAL (R\$)
00 (zero) a 18 (dezoito) anos;	101,92
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	109,57
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	117,79
29 (vinte nove) a 33 (trinta e três) anos	126,62
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	138,02
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	154,58
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	180,86
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	207,98
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	249,58
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	320,03

- 13.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- 13.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 13.4. A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos.
- 13.5. A variação do preço em razão da faixa etária, somente irá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, razão pela qual o mesmo somente deve arcar com o valor a maior no mês subsequente ao do seu aniversário.

XIV – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

- 14.1. Compete à ENTIDADE, na vigência deste Contrato, comunicar imediatamente as ocorrências de demissões realizadas no período, bem como o recolhimento e a devolução das respectivas Cédulas de Identificação, sendo que caberá somente à ENTIDADE solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários.
- 14.1.1. As solicitações de exclusões devem conter a assinatura e o carimbo do representante legal da empresa;
- 14.1.2. As exclusões serão realizadas posterior à 05 (cinco) dias do recebimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 14.1.3. A EMPRESA será responsável pelos atendimentos prestados aos usuários demitidos ou excluídos, cujos nomes não tenham sido comunicados ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, em tempo hábil, cabendo-lhe indenizar os seus custos;
- 14.1.4. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, da inclusão ou da exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo os eventuais acertos realizados na fatura subsequente;
- 14.2. O CENTRO CLÍNICO só poderá cancelar a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da EMPRESA, nos seguintes casos:



15



- a) Fraude comprovada, mediante notificação formal ao beneficiário;
 - b) Perda do vínculo do titular com a EMPRESA, ou de dependência, ressalvado o disposto nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98; ou
 - c) Agressão verbal ou física aos colaboradores do CENTRO CLÍNICO.
- 14.2.1 Para todos esses casos, haverá a comunicação formal da decisão à EMPRESA pelo CENTRO CLINICO.

XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO:

- 15.1. Ocorrendo à rescisão nenhum pagamento ou indenização caberá à parte, tendo o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO unicamente direito ao recebimento das importâncias concernentes aos serviços realmente prestados até aquela data, ressalvado o prazo de aviso prévio;
- 15.2. O presente contrato poderá ainda, ser rescindido pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO nas hipóteses de fraude ou não pagamento da taxa mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivo ou não, a cada doze meses de vigência do contrato, cabendo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO notificar a ENTIDADE, comprovadamente, até o **trigésimo** dia da inadimplência.
- 15.3. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela EMPRESA contratante, para auferir vantagens próprias ou para seus usuários é reconhecida como violação ao contrato, permitindo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO realizar rescisão do contrato por fraude, desde que devidamente comprovada.
- 15.4. É vedada comercialização, pela ENTIDADE, ou por terceiros, do presente Contrato, bem como a adição de valor a título de “sobre taxa”. Caso ocorra, qualquer das hipóteses, reserva-se o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o direito de cancelar o Contrato, mediante correspondência para a ENTIDADE, sem cumprimento de aviso prévio ou qualquer indenização.
- 15.5. Na hipótese do não pagamento na data aprazada, a pós-transcorridos **15 (quinze)** dias, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO suspenderá os atendimentos até a sua regularização.
- 15.6. No caso de rescisão imotivada do contrato antes do período de 12 meses haverá a aplicação de multa correspondente ao valor de 1 (uma) fatura mensal, sendo como base aquela imediatamente anterior ao mês da rescisão.

XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 16.1. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO providenciara, junto à ENTIDADE, a identificação dos usuários, fornecimento das cédulas de identificação, Manual de Orientações contendo a descrição dos locais de atendimento interno e credenciado, Manual para contratação de Plano de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual - GLC.
- 16.2. Fazem parte do presente contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.



XVI – ELEIÇÃO DE FORO

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - SUCESSÃO DE FORO

Eleições de foro competente;

17.1. Para dirimir as dúvidas e controvérsias resultantes deste Contrato, será competente o Foro da Comarca do CONTRATANTE . E, por assim se acharem justas e contratadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas representadas abaixo.

Porto Alegre, 01 de julho de 2017.



Pedro Anísio Aquino Maia - Presidente



Cesar Franco de Lima
Diretor

CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA

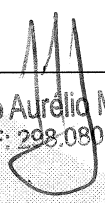
TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:



Magiane Volff
CPF: 001.283.850-06

Nome:
CPF:



Marco Aurélio M. Souza
CPF: 298.080.810-53