

FICHA CADASTRAL DE PROPOSTA DE ADESÃO A PLANO DE SAÚDE

INTERCLÍNICAS PLANO VIDA OP DE SAÚDE

CNPJ 22 694 698/0001 25

Produto direcionado para usuários acima de 49 anos

CPF do Contratante/Titular		RG do Contratante		Número do CNS do Contratante	
Nome Completo					
Data de Nascimento		Cidade de Nascimento		Estado de Nascimento	
Nome da Mãe					
Endereço					
Número	Bloco		Apartamento	Complemento	
Bairro	Cidade		CEP	Estado	
Telefone Comercial	Telefone Celular		Telefone Celular	Telefone Residencial	
E-mail					
Nome do Responsável legal pela contratante					
CPF do Responsável		RG do Responsável		E-mail do Responsável	
Plano Contratado Adesão Individual Plano Vida Vip 500 Enfermaria ANS nº 482699190 Vigência / /					
Faixa Etária	Quantidade de vidas		Valor individual	Valor total	
00 a 18 Anos					
19 a 23 Anos					
24 a 28 Anos					
29 a 33 Anos					
34 a 38 Anos					
39 a 43 Anos					
44 a 48 Anos					
49 a 53 Anos					
54 a 58 Anos					
Acima de 59 Anos					
			Valor taxa de inscrição		
			Valor total		
<p>Solicitamos a inclusão dos beneficiários e dependentes ao contrato de Assistência médica da INTERCLÍNICAS PLANO VIDA OP DE SAÚDE CNPJ 22 694 698/0001 25 sendo esta proposta integrante do contrato e anexos.</p> <p>Local e Data / / Assinatura do Responsável _____</p> <p>Recibo: O representante abaixo, declara que por autorização de Interclínicas, recebeu do titular desta proposta a importância acima, referente ao pagamento da primeira mensalidade, mais taxa de inscrição, ficando estabelecido que em caso de não efetivação desta proposta, os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais mensalidades deverão ser pagas na rede bancária em boleto emitido pela Interclínicas pelo banco Bradesco.</p>					
Nome do corretor		CPF do corretor		Telefone do Corretor	
Plataforma autorizada		Telefone da Plataforma		Assinatura do Corretor	

FICHA CADASTRAL DE ADESÃO DE DEPENDENTES
INTERCLÍNICAS PLANO VIDA OP DE SAÚDE **CNPJ 22 694 698/0001 25**

TITULAR DO CONTRATO							
Nome do titular do plano Contratado							
DADOS DOS DEPENDENTES OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF ; UMA FICHA POR FAMÍLIA OU DEPENDENTE DIRETO							
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
LEGENDA							
* EC- Estado civil (1) Solteiro (2) Casado (3) viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros				** GP – Grau de Parentesco (1) cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filho (4) Pais (5) Filho agregado (maior) (6) Outros			
PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE ADESÃO							
<p>Pelo presente, declaro expressamente que ao preencher e assinar esta declaração cadastral, recebi todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, estou ciente e de acordo que o plano de meus dependentes será sempre o mesmo que o do titular tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tendo nenhuma dúvida quanto à sua aplicação. Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderá ser aplicada a todas ou apenas parte das coberturas contratadas e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas contratuais. Estou ciente de que deverei informar o número do CPF de meus dependentes , não podendo utilizar meu número de CPF para efetiva inclusão dos mesmos no plano . Para todos os fins e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam influir na minha aceitação e de meus dependentes. A presente relação de atualização cadastral é parte integrante do contrato, o qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, o que confirmo preenchendo e assinando.</p>							
Local e Data					Assinatura do Titular		

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
INTERCLÍNICAS PLANO VIDA OP DE SAÚDE
Lei N º 9656 de 3/6/1998
CNPJ 22 694 698/0001 25

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E/OU REPRESENTANTE LEGAL						Assine com S-Sim ou N-Não			
Item	Perguntas	Titular	Dependentes						
			1	2	3	4			
1	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença de retina, ceratocone e outros)?								
2	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?								
3	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?								
4	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, reumática e outras)? ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?								
5	Alguma doença respiratória ou do pulmão? (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, e outras)?								
6	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, sangramento nódulo ou tumor de rim e outras)?								
7	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?								
8	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outros)?								
9	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemia, linfoma, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação febre reumática e outras)?								
10	Alguma doença do sistema digestivo (hérnias, gastrite, pedra na vesícula, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatites, cirrose, outras doenças)?								
11	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença de crescimento?								
12	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, tendão, tendinite, osteoporose, doença do fêmur ou joelho, bursites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outros)?								
13	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?								
14	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença de genética, de nascença ou congênita?								
15	Informar peso:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4			
16	Informar altura:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4			
Caso o Titular ou seus dependentes apresentem alguma situação anterior marcada com S – sim, especifique a razão da mesma									
Item	Código Titular / Dependente	Data, Evento, Descrição, Esclarecimento	Uso interno						
Eu proponente Titular declaro que entendi o conteúdo de todas as perguntas da Declaração de Saúde e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Autorizo a operadora a solicitar a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários, e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fato e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto a ANS.									
Local e data		Assinatura do Titular			Médico /carimbo do CRM				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES AO BENEFICIÁRIO

INTERCLÍNICAS PLANO VIDA OP DE SAÚDE**CNPJ 22 694 698/0001 25**

Prezado (a) Beneficiário(a).

Produto direcionado para usuários acima de 49 anos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE? É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumira o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.**

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS. A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer ao Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais. No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc. *) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato. Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ao solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão de informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá REISCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada. Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT- Não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde. Em caso de dúvidas ou para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC acesse o Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – **Perfil Beneficiário.** Telefone ANS **0800-701-9656**

Nome do Titular	
Local e data	Assinatura

Data Vigência Contratual / /

Aditivo de Carência**Produto direcionado para usuários acima de 49 anos**

Descrição de Carências	Carência Novo Beneficiário
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 horas
Consultas Eletivas e Exames Simples	30 dias
Consulta eletivas em Hospitais	90 dias
Consulta Livre Escolha por Reembolso	90 dias
Atendimento Hospitalar em Rede Livre Escolha	90 dias
Exames Complementares	90 dias
Ultrassom, exames laboratoriais hormonais.	30 dias
Exames de Imagem Ressonância ,Tomografia .	90 dias
Exames de Alta Complexidade	180 dias
Exames de diagnóstico ou imagem em Rede Livre Escolha	90 dias
Internações psiquiátricas (Ambulatorial ou Hospitalar)	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias
Parto a termo	300 dias
CPT e Preexistência	24 meses

***Verificar as orientações disponibilizadas no Layout para cadastramento dos planos de redução de carência, em aditivo apartado deste contrato.**

Local e Data / /			Assinatura do Responsável		
Nome do corretor		CPF do corretor		Telefone do corretor	
Plataforma autorizada		Telefone da Plataforma		Assinatura do corretor	

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO– ASSOCIAÇÃO PREVINA MED Nº**DADOS DO ASSOCIADO (A)**

Nome:		
Est. Civil :	Data de Nasc :	
RG:	CPF:	
PAI:		
MÃE:		
Tel. Res:	Tel. Com:	
Celular 1:	Celular 2:	
End. Residencial:		
Complemento:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		
Nome do Responsável Financeiro:		
Estado Civil:	Data de Nasc:	Grau de Parentesco:
Tel. Res:	Celular :	
End. Residencial:		
Complemento:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:

Solicito a afiliação a esta entidade para usufruir dos benefícios de Plano odontológico e telemedicina. Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei que as informações sobre minha pessoa e meus dependentes , são absolutamente verdadeiras e completas. Mensalmente será cobrado o valor de R\$ 10,00 Des Reais a título de mensalidade pela afiliação do beneficiário titular.A mensalidade do plano será cobrado pela associação bem como a taxa associativa.

Local e data _____/_____/_____

Nome e assinatura

Para uso da associação

PLANOS

PLANO VIDA VIP 500 ADESÃO INDIVIDUAL 482699190	PLANO INDIVIDUAL – CIDADE DE SÃO PAULO, COM REDE CREDENCIADA E REDE REFERENCIADA. AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA Produto direcionado para usuários acima de 49 anos
---	---

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado o **CONTRATANTE**, qualificado na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, e de outro lado, na qualidade de **CONTRATADA**, **INTERCLÍNICAS PLANO VIDA OP DE SAÚDE LTDA**, com sede na cidade de São Paulo, na Rua Dom João Maia Ogno, 595 cep 03530 050 São Paulo/SP inscrita no CNPJ/MF sob n.º 22.694.698/0001-25, registrada, nos termos da Lei n.º 6.839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o n.º 972274, E TAMBÉM REGISTRADA NOS TERMOS DA Lei nº 9.656/98 e RN 100, de 03/06/2005, na **Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 420 841**, classificada nos termos da RDC 39, de 27/10/2000, como sendo MEDICINA DE GRUPO, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o presente instrumento, com formação de preço pré-estabelecido e, com Abrangência Geográfica de Grupo de Municípios, de forma que sua área de atuação encontra-se disposta na Cláusula Décima Quinta deste contrato, nos termos que seguem: .

CLÁUSULA PRIMEIRA**DO OBJETO**

1.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde tem por objetivo, garantir a cobertura dos custos assistenciais, médico-hospitalares previstos em cláusula específica deste Contrato e de acordo com as disposições da Lei nº 9.656/98, pela **CONTRATADA**, aos beneficiários inscritos no presente contrato, através de uma rede assistencial credenciada para tanto.

1.2. O presente contrato regulamenta os direitos e as obrigações das partes, conforme determinação/escolha do(a) **CONTRATANTE** em relação ao plano contratado e seu respectivo padrão de conforto.

1.3. Os dependentes do (a) **CONTRATANTE**, juntamente com este (a), considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são melhor identificados na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição que acompanha o presente Contrato, que, rubricadas pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito.

CLÁUSULA SEGUNDA**DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO**

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo o (a) **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garantir, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90). sujeitando-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

CLÁUSULA TERCEIRA**DA REDE CREDENCIADA**

3.1. A CONTRATADA colocará a disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que aludem este Contrato, para a cobertura assistencial contratada, centros médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Guia Médico", disposto no site da **CONTRATADA**, onde serão indicados os recursos credenciados e os referenciados para reembolso de atendimento médico em caso de livre escolha ou atendimento emergencial fora da abrangência geográfica.

A relação dos prestadores de serviços vinculados ao respectivo plano é divulgada por meio eletrônico.

A **CONTRATADA** manterá sempre atualizada em seu site na Internet, para a consulta de seus beneficiários, a relação de seus prestadores de serviços vinculados ao respectivo plano.

A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Guia Médico", nos termos do disposto na Lei nº 9.656/1998, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá dar ciência escrita ao (à) **CONTRATANTE** e à ANS, assim como aos beneficiários inscritos no plano, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

A **CONTRATADA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização expressa da ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido "Guia Médico".

Em ocorrendo as substituições dos serviços, os beneficiários terão direito de prosseguir com o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento da rede referenciada da Interclínicas que o plano contratado tenha atendimento, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, a critério médico, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**.

Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus adicional.

CLÁUSULA. QUARTA.

DA DEFINIÇÃO, INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS.

4.1. São considerados beneficiários deste Contrato o (a) **CONTRATANTE**, identificado como TITULAR, e seus dependentes, indicados como tal na Proposta de Admissão e ficha de Inscrição, e desde que passíveis de elegibilidade, conforme disposto a seguir.

Podem ser admitidos como dependentes cônjuge ou companheiro (a) – pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo - comprovado através de documentação hábil prevista na Lei.

Filhos (as), enteados (as) e menores sob guarda judicial ou tutela, desde que solteiros (as) e menores de 18 (dezoito) anos, e se universitários, menores de 24 (vinte e quatro) anos.

Filhos (as), solteiros (as), absolutamente incapazes, mediante a devida comprovação.

Poderão ser incluídos, beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos.

As Taxas Mensais estejam rigorosamente em dia; e o (a) **CONTRATANTE**, assine Termo Aditivo de

Inclusão; e em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ao) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, desde que sujeitos a eles.

Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo do (a) **CONTRATANTE** a comprovação da relação de dependência aqui especificada, responsabilizando pela veracidade das informações prestadas ..

Os filhos recém-nascidos dos Beneficiários deste contrato, nascidos, adotados, sob guarda judicial ou tutelados na vigência deste Contrato, e incluídos no respectivo Plano em até 30 (trinta) dias após a data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência, não estando sujeitos a alegação pela **CONTRATADA** de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando, portanto, a coberturas parciais temporárias.

Em caso de inscrição de filhos adotivos dos Beneficiários deste contrato, menores de (12) doze anos, ou seja, até 11 (onze) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante. .

O menor de 12 (doze) anos, ou seja, com 11 (onze) anos ou menos de idade, adotado por Beneficiário desse plano, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser inscrito em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo adotante, tutor ou detentor da guarda, observadas as condições de elegibilidade.

O filho menor de 12 (doze) anos, ou seja, com 11 (onze) anos ou menos de idade, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai, observadas as condições de elegibilidade e desde que o pai seja o **CONTRATANTE** - Beneficiário Titular. .

Os beneficiários dependentes poderão ser excluídos do plano que continuará vigente, ou não, quando: da perda da condição de dependência (caracterização da não-elegibilidade); ocorrer nos casos : de sua morte; da rescisão do contrato; nos casos de fraude comprovada, com o intuito de omitir a doença ou lesão preexistente; a critério exclusivo do (a) **CONTRATANTE**. As exclusões dos beneficiários se operam automaticamente nos casos de fraude ou da perda do vínculo de dependência ou elegibilidade. Nos demais casos, dependerá de expressa solicitação escrita do (a) **CONTRATANTE**.

A exclusão por fraude dependerá do encerramento do processo administrativo por parte da ANS, com julgamento favorável à Operadora, ora **CONTRATADA**. .

O (A) **CONTRATANTE** obriga-se a devolver, incontinentemente, à **CONTRATADA**, os cartões de identificação dos beneficiários deste Contrato, em caso de sua rescisão nos termos do item 13. da Cláusula Décima Terceira, ou o(s) do(s) beneficiário(s) dependente(s) em caso de exclusão do Plano, no ato da sua exclusão, respeitada a manutenção do(s) dependente(s) em caso de extinção do vínculo do TITULAR, conforme previsto nas Cláusulas 4.1., sob pena de responsabilizar-se por eventual utilização indevida, bem como pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato. No mesmo sentido, fica o (a) **CONTRATANTE** obrigado (a) a informar ao beneficiário sobre a proibição de utilização do cartão de identificação ..

Pelas mesmas penas descritas na cláusula acima, responderá o (a) **CONTRATANTE** em caso de extravio, entenda-se este como perda, roubo ou furto dos referidos cartões de identificação, desde que não efetue a comunicação imediata à **CONTRATADA**, para que esta tome as providências cabíveis. .

A extinção do vínculo do (a) **CONTRATANTE**, beneficiário TITULAR, não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção de obrigações decorrentes. .

O previsto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento das mensalidades. .

**CLAUSULA QUINTA.
DA IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**

A **CONTRATADA** fornecerá ao (à) **CONTRATANTE** e a seus dependentes, regularmente inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, que serão exibidos sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.

CLÁUSULA SEXTA**DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO**

6.1. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura dos custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças, e:

Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, (CID-10), nos termos do artigo 12, incisos I, II e III da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do artigo 10-A da mesma Lei e o disposto na Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**. Todos os atendimentos, procedimentos, exames e internações ora contratados, descritos em toda extensão desse contrato, para que tenham cobertura, devem ocorrer, EXCLUSIVAMENTE dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, (centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios e hospitais), bem como por médicos e profissionais da área de saúde, credenciados à **CONTRATADA**, constantes do "Guia Médico", disposto no site da **CONTRATADA**, respeitados os prazos e garantias de atendimentos.

6.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as seguintes coberturas:

Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo 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, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;

Cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, 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, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;

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

Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9656/1998, e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época;

Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;

Cobertura dos procedimentos considerados especiais, realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, abaixo relacionados.

Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; quimioterapia oncológica ambulatorial; radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial; procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais; hemoterapia ambulatorial; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Estão cobertos os tratamentos básicos em regime ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, compreendendo: Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes; atendimentos à psicoterapia, em conformidade com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo ou médico devidamente habilitado; tratamento básico prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalar sem número limitado de dias, em hospitais básicos e especializados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Garantia de acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos pertencentes à rede credenciada da **CONTRATADA**.

Fica garantida a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, desde que referentes a procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto em caráter particular e domiciliar. Fica garantido o atendimento, DENTRO DA SEGMENTAÇÃO E DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDA NO CONTRATO, independentemente do local de origem do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

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 realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTOS NO CONTRATO, em território brasileiro, por via terrestre, respeitadas as coberturas asseguradas por norma específica, desde que cumpridas as exigências legais ali definidas.

Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, contrastes, medicamentos entre outros, desde que referentes a procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e, ainda, desde que regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à ANVISA, e, por fim, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, exceto em caráter particular e domiciliar (com exceção dos tratamentos/medicamentos antineoplásicos e procedimentos radioterápicos orais, descritos no rol de procedimentos e eventos à saúde vigente à época do evento, observadas suas diretrizes de utilização vigentes à época do evento, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**).

Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, e credenciado à **CONTRATADA**, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo

conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.

Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**:

Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; quimioterapia oncológica ambulatorial; radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar; hemoterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento; embolizações listadas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento e radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; procedimentos de reeducação e reabilitação física: aqueles listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de Rim, Córnea e transplantes autólogos e alogênicos, exceto medicação de manutenção; 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.

Estão cobertos os tratamentos básicos em regime hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativo, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Para os casos em que o período de internação exceder o prazo definido acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelo (a) **CONTRATANTE** a coparticipação financeira, no percentual estabelecido por normativo da ANS, vigente a época do evento, sobre o valor contratado com o respectivo prestador.

Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas.

Cobertura de hospital-dia para os transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde da ANS vigente à época do evento.

Os beneficiários do presente contrato terão direito à cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente a época do evento, bem como das despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, em conformidade com as Diretrizes de Utilização vigente à época do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, as quais correrão sob as expensas da Operadora de Plano de Saúde do Beneficiário Receptor; medicamentos utilizados durante a internação; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamento de manutenção; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Unico de Saúde – SUS

Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como em conformidade com as Diretrizes de Utilização vigente à época do evento, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**

Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

Estão cobertos os atendimentos por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo assistente.

Estão cobertas as órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com a Resolução nº 1956/2010 do Conselho Federal de Medicina.

Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério, desde que realizadas dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**. Fica assegurada a cobertura de despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto, e pós-parto imediato (salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente), compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença e/ou Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada no âmbito de internação hospitalar, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento.

A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários (Titular e/ou Dependentes) com médicos, hospitais ou entidades, pertencentes ou não à rede credenciada da **CONTRATADA**.

EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de emergência e urgência, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Os atendimentos estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos:

Os casos de emergência e os de urgência ocorridos durante o prazo de **cobertura parcial temporária de doença ou lesão preexistente**, terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, exclusivamente para a doença ou lesão preexistente DECLARADA.

Os casos de emergência, e os casos de **urgência decorrentes de complicações no processo gestacional**, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência para a internação hospitalar, TAMBÉM terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Fica assegurada a garantia de atendimento, limitada às primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

Fica garantida a remoção, quando necessária por indicação médica, para outra unidade da Operadora ou para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.

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

Transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, a responsabilidade da **CONTRATADA** cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do(a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular).

Após os atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, ou, antes desse período quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, ou, quando caracterizada a necessidade de internação – após o atendimento de urgência e emergência, ou, ainda, caso o beneficiário esteja cumprindo carência, o beneficiário-paciente terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS

Ficam garantidos os atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, caso o beneficiário-paciente esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, bem como nos casos de carência para internação. Nesses casos, o beneficiário-paciente terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, após realizados os atendimentos de urgência e emergência

Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, este e/ou seus responsáveis e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a operadora, ora **CONTRATADA**, desse ônus.

Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar 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.

Os casos de **urgência decorrentes de acidentes pessoais**, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência, terão o seu atendimento AMBULATORIAL e HOSPITALAR integralmente coberto pelo presente Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao plano.

Em todos os casos acima, fica assegurada a cobertura remoção, via terrestre, assegurada por norma específica, desde que cumpridas as exigências legais ali definidas.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO:

Estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes ou seu representante legal saibam ser portadores ou sofredores, no momento da contratação ou adesão ao plano. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

Caso, quando do preenchimento da Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição do **CONTRATANTE**

(beneficiário titular), no presente Contrato, ou de seu(s) dependente(s) – se houver, seja declarada pelo pretenso beneficiário e/ou por seus dependentes ou representante legal, em entrevista qualificada, ou seja constatada, através de exames ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade, e internações em leitos de alta tecnologia, o(a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular), seus dependentes ou seu representante legal, ou seja, o portador da doença e/ou lesão preexistente, se sujeitará à cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, optando a **CONTRATADA** por não oferecer cobertura total nesses casos.

A **CONTRATADA** reserva-se o direito de não oferecer Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, emanada da ANS – Agência Nacional de Saúde.

Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária, a suspensão, por um prazo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente, contados a partir da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

Em havendo declaração de doença e/ou lesão preexistente, o Declarante estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário, (**CONTRATANTE** - beneficiário titular, dependentes ou seu representante legal).

DA ENTREVISTA QUALIFICADA: A **CONTRATADA** entregará ao (à) **CONTRATANTE**, os formulários de Entrevista Qualificada, para que o (a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular) e seus dependentes, se houver, ou seu representante legal no ato da contratação ou adesão ao plano, possam preenchê-los. A **CONTRATADA** marcará a entrevista qualificada dentro de sua rede de atendimento.

O (A) **CONTRATANTE** e dependentes, se houver, ou seu representante legal são obrigados (as) a informar à **CONTRATADA**, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, no momento da adesão ao Plano, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.

É facultado à **CONTRATADA**, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários inscritos no plano, (**CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver) para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

Fica vedada a alegação de omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente pela **CONTRATADA** quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no (a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular) e dependentes, se houver.

A **CONTRATADA** reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver, inscrito (s) no presente plano.

Caso seja identificado pela **CONTRATADA**, indício de fraude em que o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal omitiu (ram) a informação na declaração de saúde sobre seu conhecimento da existência de doença ou lesão preexistente, na ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá dar ciência desse fato ao (à) **CONTRATANTE** - beneficiário titular ou dependentes, se houver, ou seu representante legal, imediatamente, comunicando-os por escrito, sobre o referido comportamento, através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, ocasião em que também será oferecida Cobertura Parcial Temporária.

Caso o(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal não concorde com a alegação de que omitiu a informação na declaração de saúde sobre seu conhecimento da existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da **CONTRATADA** no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação, para que a **CONTRATADA** possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o julgamento administrativo da alegação de omissão de informação na declaração de saúde, nos termos legais.

Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Sendo o julgamento final favorável à **CONTRATADA**, o beneficiário que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do contrato, passando 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 realizada pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA

DAS EXCLUSÕES

7.1. **NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO**, como obrigação da **CONTRATADA** de cobrir os procedimentos relativos a:

Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; Inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos tratamentos/medicamentos antineoplásicos e procedimentos radioterápicos orais, descritos no rol de procedimentos e eventos à saúde vigente à época do evento; fornecimento de medicamentos prescritos durante internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela comissão de incorporação de tecnologias do ministério da saúde;

Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;

Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

Transplantes, exceto aqueles previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde emanado da ANS, vigente à época do evento;

Consultas e internações domiciliares, inclusive home care; Atendimento domiciliar de profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia e médicos, assim como enfermagem particular em caráter hospitalar ou domiciliar;

Fornecimento de medicamento de manutenção para pacientes transplantados;

Tratamentos odontológicos ambulatoriais;

Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar; exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA OITAVA

DO TIPO DE PLANO

8.1. Por determinação/escolha do (a) **CONTRATANTE**, ele e seu (s) dependente(s) será (ão) inscrito(s) em um dos seguintes planos, que dará direito a:

PLANO VIDA VIP 500 ADESÃO INDIVIDUAL 482699190	PLANO INDIVIDUAL – CIDADE DE SÃO PAULO, COM REDE CREDENCIADA E REDE REFERENCIADA. AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA Produto direcionado para usuários acima de 49 anos
---	---

Os planos tem direito a utilização da rede credenciada e direcionada para esta modalidade de plano e nos casos de internação hospitalar, os beneficiários terão direito a **ACOMODAÇÕES COLETIVAS (TIPO ENFERMARIA - 2 (dois) LEITOS OU MAIS)**; ou. Não prevê reembolso.

Caso o (a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes inscritos num plano de padrão de conforto inferior, optem expressamente por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito (se houver), se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.

As mudanças de plano de padrão de conforto inferior para um outro de padrão de conforto superior e vice e versa deverá abranger tanto o (a) **CONTRATANTE** como também os dependentes, se houver.

CLÁUSULA NONA

DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO

9.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, deverá entrar em contato diretamente com estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, para a marcação prévia da consulta ou exame, e apresentar os seguintes documentos: Cartão de Identificação do beneficiário; e documento de identidade do beneficiário-paciente.

Caso o(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, encontre dificuldade na marcação da consulta ou exame, deverá informar imediatamente a **CONTRATADA** através do Setor de Ouvidoria para que a mesma possa solucionar a demanda dentro dos prazos previstos na legislação vigente. Para os procedimentos relacionados abaixo, o(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciado pela **CONTRATADA**, além dos documentos acima relacionados, a guia de autorização prévia, devidamente emitida e assinada pela **CONTRATADA**: Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapia; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais; Internações Clínicas Hospitalares; Internações Cirúrgicas Eletivas Hospitalares; Partos.

Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, quando caracterizada urgência ou emergência, será dada imediatamente, a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento. Em casos de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, ora **CONTRATADA**. As internações feitas em caráter de emergência, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** em até 72 (setenta e duas) horas da internação, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente.

Caso seja necessário, a critério da **CONTRATADA**, esta poderá solicitar a realização de exames clínicos, ou perícias, que deverá se realizar no prazo máximo de 1 (um) dia útil.

REEMBOLSO: Esta contratação não prevê reembolso de nenhuma espécie.

CLÁUSULA DÉCIMA

DAS CARÊNCIAS

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

Atendimento AMBULATORIAL E HOSPITALAR, nos casos de URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL: **24 (vinte e quatro) horas** após a **vigência contratual**.

Atendimento exclusivamente AMBULATORIAL durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento para os casos de EMERGÊNCIA ocorridos durante o período de carência, e os casos de complicações no processo gestacional ocorridos durante o período de carência para a internação hospitalar, e os casos de emergência e urgência, relativos à doença preexistente durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária: **24 (vinte e quatro) horas**;

Consultas médicas: **30 (trinta) dias**;

Exames auxiliares de rotina, assim considerados os de análises clínicas de Urina e Fezes, Hemograma, Raio X sem contraste e Eletrocardiograma: **60 (sessenta) dias**;

Demais exames auxiliares de diagnóstico, TAIS COMO, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Fisioterapias, Endoscopia, Ecocardiograma, Uretrocistografia, Cintilografia, Refluxo gastroesofágico, Ecodopler, Polissonografia e demais exames de alta complexidade definidos pela ANS: **180 (cento e oitenta) dias**.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: **180 (cento e oitenta) dias**;

Internações clínicas hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias**;

Internações cirúrgicas eletivas hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias**

Partos a termo: **300 (trezentos) dias**

Doenças e/ou lesões pré-existentes 24 meses

Para alteração de padrão de conforto, quando a alteração tratar de padrão inferior para padrão superior: **180 (cento e oitenta) dias**.

O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data de inscrição do (a) **CONTRATANTE** ou dependente ao plano e registro do contrato na **CONTRATADA**.

& Esta cláusula poderá receber adendos de redução de carências e conforme pactuado entres as partes e documentação assinada pelo contratante e pela contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DA COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

11 O presente contrato não prevê coparticipação nos procedimentos médicos

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DOS PREÇOS, REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO

12. A contraprestação pecuniária que o (a) **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste Contrato, denomina-se mensalidade, cujo valor corresponderá à faixa etária que cada **BENEFICIÁRIO**

inscrito no presente contrato apresentar, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição respectiva aos Beneficiários devidamente inscritos no plano.

As mensalidades - constarão na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição anexa ao Contrato e que pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante do mesmo – devendo ser pagas pela cobertura assistencial - sendo cobradas pelo sistema de pré-pagamento.

A mensalidade, que é cobrada pelo sistema de pré-pagamento, vencendo-se nas datas indicadas na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, será reajustada, ANUALMENTE, NA DATA DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE da idade ou faixa etária em que se enquadrar o (a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes inscritos no plano, se houver, nos termos da legislação vigente que regula a matéria, em conformidade com o índice AUTORIZADO pela ANS, ou, na sua falta, o presente contrato será reajustado pelo índice FIPE SAÚDE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses, também na data de aniversário do contrato e, na sua falta, por outro índice que venha a substituí-lo.

Os reajustes das mensalidades serão efetivados nos termos da Lei 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

Além da modalidade de reajuste Anual estipulada acima, fica pactuado que a mensalidade sofrerá, ainda, mais as seguintes majorações:

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste discriminados na **TABELA DE FAIXAS ETÁRIAS** constante abaixo, em que será acrescentado o respectivo percentual sobre o valor da última mensalidade:

	Faixa Etária	acréscimos	Incidência
1	00 a 18 anos	Sem acréscimos	
2	19 a 23 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 1
3	24 a 28 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 2
4	29 a 33 anos	10,2%	Sobre o preço estabelecido para faixa 3
5	34 a 38 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 4
6	39 a 43 anos	14,3%	Sobre o preço estabelecido para faixa 5
7	44 a 48 anos	22,5%	Sobre o preço estabelecido para faixa 6
8	49 a 53 anos	24,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 7
9	54 a 58 anos	32,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 8
10	59 anos ou mais	47,85%	Sobre o preço estabelecido para faixa 9

Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual autorizado pela (ANS).

O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o (a) **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal (seja referente à Taxa de Manutenção Mensal ou aos valores correspondentes à coparticipação). Assim, caso o (a) **CONTRATANTE** não receba o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo junto à **CONTRATADA** para que não se sujeite às consequências da mora. O não pagamento até após 10 dias do vencimento poderá ocasionar a suspensão do atendimento.

Os pagamentos referentes à mensalidade deverão ser feitos até o dia de vencimento, pactuado na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição anexa. No caso de a data de vencimento cair em dia feriado

ou que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil subsequente, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outras localidades, também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso (seja referente à Taxa de Manutenção Mensal) constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

O pagamento antecipado das taxas mensais de manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

Em caso de atraso na liquidação (pagamento das Taxas de Manutenção Mensal e ou valores referentes à coparticipação, o(a) **CONTRATANTE**, deverá pagar uma multa moratória de 5% (cinco por cento) do débito em aberto, e juros moratórios de 5% (cinco por cento) ao mês, calculados dia a dia.

O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

O atraso no pagamento da mensalidade do plano, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do presente Contrato, implicará na sua rescisão de pleno direito, observado o disposto no subitem abaixo.

Para que a **CONTRATADA** possa rescindir o presente Contrato ao 60º (sexagésimo) dia de atraso, nos termos do que dispõe o item 12. supra, deverá notificar o (a) **CONTRATANTE**, da sua condição de inadimplência até o 50º (quinqüagésimo) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, de acordo com o valor praticado à época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO, DAS PENALIDADES E DA RESCISÃO DO CONTRATO

13. O presente contrato terá prazo de vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do contrato e sua entrega e registro na operadora **CONTRATADA**, ou do pagamento da primeira mensalidade com boleto bancário, o que ocorrer primeiro.

A renovação do presente contrato será automática e por prazo indeterminado, isento do pagamento de qualquer taxa ou outro valor em razão da renovação, desde que o (a) **CONTRATANTE** não manifeste o interesse pela denúncia do contrato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Junto com a Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição o (a) **CONTRATANTE** e seus dependentes, se houver, deverá (ão) entregar o questionário de "Entrevista Qualificada", devidamente respondido por cada beneficiário ou seu representante legal.

Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato também será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

Nos casos de fraude comprovada na declaração de saúde, com o intuito de omitir a existência de doença e/ou lesão anterior à assinatura do contrato, após a apuração processual por parte da ANS;

Nos casos de atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades do plano, desde que a **CONTRATADA** tenha notificado o (a) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência até o 50º (quinqüagésimo) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

De acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98, a vigência mínima do presente contrato será de 12 (doze) meses, sendo certo que, em caso de rescisão contratual, antes de seu término de vigência, por iniciativa

do (a) **CONTRATANTE**, este (a) fica obrigado (a) ao pagamento de multa equivalente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para completar 12 (doze) meses de contrato.

A rescisão contratual, por iniciativa do (a) **CONTRATANTE**, seguirá a legislação vigente e se dará mediante solicitação encaminhada à **CONTRATADA**, ou por atraso nos pagamentos superiores a 60 dias consecutivos ou não no período do contrato.

O (A) **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, bem como nas correspondências que complementarmente vierem a ser trocadas entre as partes **CONTRATANTES**.

Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas APENAS POR ADITAMENTO AO CONTRATO, DESDE QUE NÃO VIOLE AS DISPOSIÇÕES LEGAIS E NORMATIVAS DA ANS.

Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes **CONTRATANTES**.

Nos termos da legislação vigente que regulamenta a matéria, as partes **CONTRATANTES** se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM nº 1.246 de 08 de janeiro de 1.988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

A inserção de mensagens nos avisos bancários de pagamento das mensalidades ou correspondências anexas a esta, serão consideradas, para todos os efeitos, como forma inequívoca de comunicação aos beneficiários, acerca de assuntos relativos à presente contratação.

Estes contratos, bem como os demais documentos dele integrantes, acham-se devidamente protocolados e arquivados na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

DA ABRANGÊNCIA

15 As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é de GRUPO DE MUNICÍPIOS inerentes a cada produto contratado como segue discriminado e informado abaixo. :

PLANO VIDA VIP 500 ADESÃO INDIVIDUAL 482699190	PLANO INDIVIDUAL – CIDADE DE SÃO PAULO, COM REDE CREDENCIADA E REDE REFERENCIADA. AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA Produto direcionado para usuários acima de 49 anos
---	---

Os planos tem direito a utilização da rede credenciada e direcionada para esta modalidade de plano e nos casos de internação hospitalar, os beneficiários terão direito a **ACOMODAÇÕES COLETIVAS (TIPO ENFERMARIA - 2 (dois) LEITOS OU MAIS)**;

Com atendimento em rede credenciada.

Em São Paulo, Guarulhos, Municípios do Grande Abc, onde exista rede credenciada ou referenciada.

Fora da área de abrangência da rede credenciada o atendimento é por reembolso.

Único** O reembolso segue a tabela Interclínicas e AMB divulgada no site e compreendida como parte integrante deste contrato.

O plano registrado junto a -Agência nacional de Saúde Suplementar sob o número 482699190

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

DO FORO

16.As partes elegem, o Foro da Comarca do domicílio do (a) **CONTRATADA** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

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