

Proposta de inclusão de Empresa **SUBCONTRATANTE** ao contrato estipulado coletivo empresarial celebrado entre a Hapvida Assistência Médica Ltda. na qualidade de **OPERADORA** e a AllCare Administradora de Benefícios em São Paulo Ltda, na qualidade de **ESTIPULANTE**, para oferta de planos de saúde nas segmentações: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, aos sócios, funcionários, administradores da empresa (estatutários), trabalhadores temporários, estagiários ou menores aprendizes e seus respectivos dependentes, que mantenham vínculo com a **EMPRESA SUBCONTRATANTE** abaixo descrita, conforme art. 5º da Resolução Normativa nº 195/2019, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Produtor

Cód. da Concessionária 101202	Nome da Concessionária WAY		
Nome da Concessionária (continuação)		DDD	Telefone
Cód. do Gerente / Supervisor 00209459735	CPF do Gerente / Supervisor 002.094.597-35	Nome do Gerente / Supervisor LÍLIAN CORRÊA MARQUES MACHADO	
Nome do Gerente / Supervisor (continuação) SANTOS			
Nome do Vendedor		CPF do Vendedor	

Dados da Empresa Subcontratante

CNPJ 11604331000157	Razão Social wellington alves gomes silveira
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia sciens it	
Inscrição Estadual 33333	Inscrição Municipal 33333
Endereço rua 44	
Telefone (85) 99732-9876	E-mail wellington alves gomes
Nome do Sócio we.silveira@outlook.com	CPF 04505416305

A **SUBCONTRATANTE** é pessoa jurídica de direito privado neste ato representada por seu representante legal, declara que adere ao contrato supracitado na condição de **EMPRESA SUBCONTRATANTE**, sendo que as cobranças poderão ser realizadas diretamente em nome do(a) sócio(a) e/ou funcionário que aderir ao plano de saúde objeto do contrato, junto à **ESTIPULANTE**, sem qualquer responsabilidade financeira para a **EMPRESA SUBCONTRATANTE**, que neste ato declara, para os devidos fins e efeitos legais:

- a) Ter ciência da necessidade de apresentação dos documentos comprobatórios, conforme item 3.2 das Condições Gerais estabelecido na página **02/02**;
- b) Ter ciência de que aceitação pela **OPERADORA** desta Proposta está condicionada entrega de cópia do Contrato Social da **EMPRESA SUBCONTRATANTE**, juntamente com o CPF e RG do representante legal;
- c) Não possuir contrato ativo com a **OPERADORA**;
- d) Ter ciência dos prazos de carência para o primeiro grupo de adesão ao contrato, abaixo definido:

PROCEDIMENTOS	NORMAL	REDUZIDO GRUPOS DE 2 A 15 BENEFICIÁRIOS (1º ADESAO)	REDUZIDO GRUPOS DE 16 A 29 BENEFICIÁRIOS (1º ADESAO)	REDUZIDO GRUPOS COM MAIS DE 30 BENEFICIÁRIOS (1º ADESAO)
Urgência / Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	Isento
Consultas e exames simples (laboratoriais e Raio X sem contraste)	30 dias	24 horas	24 horas	Isento
Exames cardiológicos simples (exceto PAC); exames oftalmológicos (exceto PAC); exames de otorrino simples (exceto PAC); de Raio X contrastado (exceto PAC); exames de ultrassonografia (exceto PAC).	90 dias	60 dias	24 horas	Isento
Internação hospitalar clínica e cirúrgica, demais procedimentos relacionados a exames, tratamentos e Procedimentos ambulatoriais, exceto parto e CPT (Cobertura Parcial Temporária).	180 dias	180 dias	180 dias	Isento
Parto	300 dias	300 dias	300 dias	Isento
Internações e tratamentos de doenças e lesões pré-existentes.	24 meses	24 meses	24 meses	Isento

Local e data

Assinatura do representante legal da Empresa **SUBCONTRATANTE**.

CONDIÇÕES GERAIS

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL ESTIPULADO

1. DOTIPO DE CONTRATAÇÃO

1.1 Proposta de Adesão ao contrato de plano de assistência à saúde privada, na modalidade "COLETIVO EMPRESARIAL - ESTIPULADO", celebrado entre a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA., na qualidade de ESTIPULANTE e a HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., na qualidade de OPERADORA, para fins de cobertura de despesas médico-hospitalares, no segmento ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, aos vinculados à EMPRESA ADERENTE, os BENEFICIÁRIOS TITULARES, na forma desta Proposta de Adesão.

2. DOS BENEFICIÁRIOS

2.1 A oferta dos produtos de assistência à saúde coletivo empresarial será feita exclusivamente à população delimitada e vinculada à EMPRESA ADERENTE, por relação empregatícia, estatutária ou societária, sendo considerados BENEFICIÁRIOS TITULARES os seus empregados (inclusive temporários), sócios ou administradores, estagiários e menores aprendizes, conforme art. 5º da Resolução Normativa nº 195/2019, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2.2 Serão considerados BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES aqueles com grau de parentesco e/ou dependência econômica com o BENEFICIÁRIO TITULAR, assim considerados: (i) cônjuge; (ii) filhos (as) solteiros(as) com idade até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se estiverem frequentando curso superior; (iii) enteado, menores sob guarda por força de decisão judicial ou o menor tutelado, todos equipados aos filhos(as) solteiros(as) com idade até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se estiverem frequentando curso superior; (iv) filhos(as) inválidos(as) de qualquer idade; e (v) convivente, havendo união estável comprovada, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

3. DOS REAJUSTES

3.1 O valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade, que ocorre anualmente na data de aniversário do contrato firmado entre a ESTIPULANTE e a OPERADORA ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data de inclusão da EMPRESA ADERENTE ou dos BENEFICIÁRIOS no contrato, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; (II) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o BENEFICIÁRIO TITULAR ou DEPENDENTE completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

FAIXAS ETÁRIAS	REAJUSTE
0 - 18	0,00%
19-23	12,00%
24-28	12,00%
29-33	15,00%
34-38	15,00%
39-43	19,00%
44-48	25,00%
49-53	25,00%
54-58	70,00%
59 ou +	12,00%

4. DO PAGAMENTO

4.1 Uma vez que a AllCare Administradora foi constituída como a ESTIPULANTE do contrato perante a OPERADORA, fica a ESTIPULANTE devidamente autorizada a efetuar as cobranças das mensalidades diretamente aos BENEFICIÁRIOS TITULARES que forem incluídos no contrato, sem qualquer responsabilidade financeira por parte da EMPRESA ADERENTE.

4.2 Não havendo a liquidação da mensalidade pelos BENEFICIÁRIOS TITULARES no prazo de 2 (dois) dias da data do vencimento, os serviços poderão ser suspensos até a regularização do pagamento. Se mantendo a inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias, contados do vencimento da mensalidade, a ESTIPULANTE efetuará a exclusão do BENEFICIÁRIO inadimplente do plano, e seus respectivos DEPENDENTES, ficando ressalvado o direito da ESTIPULANTE de efetuar a cobrança diretamente ao BENEFICIÁRIO, pelos meios legais cabíveis, das parcelas vencidas e antecipadamente pagas à OPERADORA, em virtude do risco de inadimplência assumido na condição de estipulante do contrato, por força da Resolução Normativa nº 196/09 da ANS.

4.3 O atraso no pagamento incidirá multa aos BENEFICIÁRIOS inadimplentes de 2% (dois por cento) sobre o valor fixado, e acréscimo de juros moratórios de 1% (um por

cento) ao mês, além de atualização monetária, sem qualquer responsabilidade financeira por parte da EMPRESA ADERENTE.

5. DAVIGÊNCIA E RESCISÃO

5.1 A presente Proposta terá efeitos somente após a aceitação da EMPRESA ADERENTE pela ESTIPULANTE e OPERADORA, desde que comprovada a legitimidade conforme normas definidas pela ANS e regras de comercialização da OPERADORA, o que não se confunde com o início da vigência do plano dos BENEFICIÁRIOS, que se dará na data estabelecida entre estes e a ESTIPULANTE.

5.2 O presente contrato vigorará enquanto os BENEFICIÁRIOS permanecerem ativos nos planos de saúde contratados perante a OPERADORA e a ESTIPULANTE, podendo ser rescindido pelas partes na forma da legislação em vigor.

6. DAS CONDIÇÕES GERAIS

6.1 A EMPRESA ADERENTE declara e ratifica que recebeu as orientações necessárias à realização desta contratação, e que está ciente e de acordo com as condições do Contrato, aderindo ao mesmo e assumindo o compromisso de prestar informações verdadeiras, corretas e necessárias para a inclusão dos BENEFICIÁRIOS nos Produtos objeto do Contrato, bem como afirma ter recebido da ESTIPULANTE o Manual para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o qual foi lido e entendido, tendo sido devidamente orientada para a correta contratação do plano pelos BENEFICIÁRIOS, inclusive quanto a oferta de contratação do Plano Referência, que possui, dentre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermaria e cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da Lei 9.656/98 como urgência e emergência, a partir de 24 horas da vigência desta Proposta de Contratação.

6.2 A EMPRESA ADERENTE declara estar ciente de que a cobertura de custeio do atendimento médico-hospitalar dos BENEFICIÁRIOS incluídos no plano contratado é de responsabilidade exclusiva da OPERADORA.

6.3 A EMPRESA ADERENTE autoriza a ESTIPULANTE a realizar todo tipo de comunicação relacionada ao presente instrumento por meios eletrônicos, como e-mail ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, a EMPRESA ADERENTE se compromete a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à ESTIPULANTE, informando imediatamente à ESTIPULANTE toda e qualquer alteração cadastral, bem como eventual perda do vínculo com os BENEFICIÁRIOS incluídos no Contrato.

Após a leitura das condições gerais, a EMPRESA ADERENTE declara que manifestou livremente sua intenção de aderir ao Contrato, estando ciente e de acordo com os seus termos.

Local e data

Assinatura do Representante Legal da EMPRESA ADERENTE
(passível de reconhecimento em cartório)

Central de Atendimento AllCare: 0800 941 4962