

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 30856498000182	Razão Social teste
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia a	
Inscrição Estadual a	Inscrição Municipal a
Endereço a	
Telefone (	E-mail aa
Nome do Sócio a	CPF a

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 à 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