

O presente instrumento particular tem por objetivo disciplinar a prestação de serviço de **RESGATE** pela Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 60.975.174/0001-00, registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como operadora filantrópica de planos de assistência suplementar à Saúde, sob o nº 31.421-8, com sede na Rua Terenas, nº 207, Alto da Mooca, São Paulo/SP, através do seu Departamento denominado **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO**, aos **BENEFICIÁRIOS** da(o) **CONTRATANTE** – abaixo qualificado(a), assim como aos respectivos **DEPENDENTES**, observadas as seguintes condições:

- **ACIDENTE PESSOAL**: é o evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar do **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE**, ou o tratamento em regime ambulatorial;
- **BENEFICIÁRIO**: sócio ou empregado do(a) **CONTRATANTE**;
- **CARÊNCIA**: é o período de tempo, ininterrupto, a ser cumprido pelo **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE** para a utilização do serviço de **RESGATE**, objeto deste contrato;
- **CONTRATANTE**: Pessoa jurídica que firmou o **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**;
- **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**: Instrumento particular firmado entre o **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** e o(a) **CONTRATANTE** contendo as cláusulas e condições da prestação de assistência médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia aos **BENEFICIÁRIOS** e **DEPENDENTES**;
- **DATA DE INCLUSÃO**: data a partir da qual terá início a contagem do prazo de **CARÊNCIA**, assim como a cobrança do **TAXA DE RESGATE**;
- **DEPENDENTE**: cônjuge ou companheiro, assim como filho, natural ou adotivo, do **BENEFICIÁRIO** até completar 21 (vinte e um) anos ou até completar 24 (vinte e quatro) anos se universitário;
- **EMERGÊNCIA**: é aquela situação que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE**, caracterizada, em declaração pelo médico assistente;
- **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO**: formulário destinado a solicitação de inclusão ou exclusão de **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE**;
- **MENSALIDADE**: valor total mensal a ser pago pelo(a) **CONTRATANTE** ao **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** pela disponibilização dos serviços objeto do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**;
- **RESGATE**: transporte do **BENEFICIÁRIO** e **DEPENDENTE**, por meio de ambulância, em situações de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, nos limites previamente estabelecidos através deste contrato;
- **TAXA DE RESGATE**: valor da remuneração mensal individual decorrente da disponibilização do serviço de **RESGATE** a cada **BENEFICIÁRIO** e **DEPENDENTE**;
- **URGÊNCIA**: é situação em que a patologia adquire um quadro agudo e/ou evento resultante de **ACIDENTE PESSOAL** ou de complicação gestacional; e,
- **VALOR INDIVIDUAL**: valor da remuneração mensal decorrente da disponibilização dos serviços objeto do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA** a cada **BENEFICIÁRIO** e **DEPENDENTE**.

01. DA COBERTURA

O **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** disponibilizará aos **BENEFICIÁRIOS** da(o) **CONTRATANTE**, assim como aos respectivos **DEPENDENTES**, expressamente incluídos através da **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO**, o serviço de **RESGATE** através de ambulâncias, equipadas em conformidade com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, somente nas situações de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, observados os limites e condições abaixo estabelecidos:

- O **RESGATE** será feito exclusivamente por meio terrestre e desde que o **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE** se encontre nos Municípios de Guarulhos/SP, Osasco/SP, Santo André/SP, São Bernardo do Campo/SP, São Caetano/SP e São Paulo/SP;
- O serviço de **RESGATE** deverá ser solicitado através da respectiva Central, que funciona ininterruptamente, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Efetuado o contato telefônico os médicos da Central, após avaliação da situação, autorizarão o envio da ambulância; e,
- A escolha do serviço credenciado, para qual o **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE** será transportado, caberá exclusivamente ao **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** que levará em consideração não só a proximidade do local da chamada mas também a infra-estrutura necessária, a disponibilidade de vagas e outros critérios de caráter técnico/administrativo.

02. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Está excluído do **RESGATE**, objeto deste contrato, o transporte em situações de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA** ocorridas em vias ou locais públicos, seja qual for o Município em que o **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE** se encontrar.

Também está excluído do **RESGATE** o transporte em situações que não sejam caracterizadas como de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, tais como: (i) retorno do **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE** para sua residência, após o recebimento dos cuidados médicos necessários; e, (ii) realização de consultas, tratamentos e/ou procedimentos, seja em regime ambulatorial seja em regime de internação. Havendo necessidade de transporte através de ambulância nestas situações, a respectiva despesa deverá ser suportada exclusivamente pelo(a) **CONTRATANTE**.

03. DA CARÊNCIA

Os **BENEFICIÁRIOS** e **DEPENDENTES** encontram-se sujeitos ao cumprimento de **CARÊNCIA** de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da **DATA DE INCLUSÃO**, para a utilização do serviço de **RESGATE**, objeto deste contrato.

04. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

A solicitação de inclusão ou exclusão de um ou mais **BENEFICIÁRIOS** e/ou **DEPENDENTES** se dará através da **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO**, em conformidade com as disposições contidas no **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

05.DA REMUNERAÇÃO E DO SEU REAJUSTE

Em remuneração pela prestação do serviço de **RESGATE**, objeto deste contrato, o(a) **CONTRATANTE** pagará ao **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO**, o valor mensal especificado na **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO – RESGATE**, denominada **TAXA DE RESGATE**, por **BENEFICIÁRIO** ou **DEPENDENTE**.

A data e forma de pagamento da **TAXA DE RESGATE**, assim como os encargos moratórios observarão as disposições aplicáveis à **MENSALIDADE** contidas no **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

O reajuste da **TAXA DE RESGATE** será feito anualmente e levará em consideração: (a) o aumento dos custos dos serviços de **RESGATE**; e, (b) o aumento da utilização por parte dos **BENEFICIÁRIOS** e **DEPENDENTES**.

Caso este contrato seja firmado após o início de vigência do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA** o primeiro reajuste será aplicado proporcionalmente aos meses decorridos até o primeiro reajuste anual do **VALOR INDIVIDUAL** passando, a partir daquela data, a ser reajustado integralmente a cada período de 12 (doze) meses.

06.DA VIGÊNCIA, DA RESCISÃO E DA SUSPENSÃO

O presente contrato é celebrado por prazo indeterminado e poderá ser rescindido mediante manifestação escrita de qualquer das partes, observado o prazo de 30 (trinta) dias, não implicando na rescisão do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**. Todavia, a rescisão do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA** implicará, também, na rescisão do presente contrato.

O atraso no pagamento da **TAXA DE RESGATE** por mais de 10 (dez) dias implicará na suspensão da prestação dos serviços de **RESGATE** sendo certo que ao completar 30 (trinta) dias de atraso esse contrato será rescindido de pleno direito independentemente de qualquer comunicação e/ou notificação ao(à) **CONTRATANTE**.

07.DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Qualquer concessão que vier a ser praticada pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO**, no tocante à prestação de serviço de **RESGATE**, objeto deste contrato, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo(a) **CONTRANTE**.

A não utilização do serviço de **RESGATE**, objeto deste contrato, não exonera o(a) **CONTRATANTE** do pagamento da **TAXA DE RESGATE**.

O(A) **CONTRANTE** se obriga a dar conhecimento aos seus **BENEFICIÁRIOS** e **DEPENDENTES** de todas as cláusula e condições que disciplinam a prestação de serviço de **RESGATE**, objeto deste contrato, respondendo pelos prejuízos causados em caso de omissão.

08.DO FORO DE ELEIÇÃO

Fica eleito o Foro do domicílio do(a) **CONTRATANTE** para dirimir quaisquer dúvidas ou questões, oriundas deste contrato, sendo certo que em tal caso, a parte vencida pagará à outra, além do principal reclamado, as custas processuais, os honorários advocatícios e demais cominações legais.

09. CONTRATANTE

Razão Social

C.N.P.J.

10. BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome

Valor Mensalidade R\$

11. DEPENDENTES

01

Nome Dependente

Valor Mensalidade R\$

02

Nome Dependente

Valor Mensalidade R\$

03

Nome Dependente

Valor Mensalidade R\$

04

Nome Dependente

Valor Mensalidade R\$

05

Nome Dependente

Valor Mensalidade R\$

VALORES TOTAIS

Mensalidades R\$

Local, Data e Hora

Assinatura do Beneficiário/Responsável