

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice Nº 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada evento, o reembolso ao Segurado das despesas médico-hospitalares decorrentes de doença ou acidente pessoal, efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes devidamente incluídos na apólice.

1.1. Por evento entende-se todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Segurado, em decorrência de acidente pessoal ou doença, verificado após o início da respectiva cobertura individual. O evento se inicia com a comprovação da ocorrência do dano e termina com a alta hospitalar concedida ao paciente.

1.2. A Seguradora poderá, em nome e por conta do Segurado, efetuar diretamente o pagamento das despesas médico-hospitalares à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços.

1.3. Para fins deste seguro, acidente pessoal é todo evento externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física por si só e independente de toda e qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas.

2. DESPESAS COBERTAS

Estão cobertas por este seguro, exclusivamente, as despesas médico-hospitalares relacionadas nos subitens 2.1 a 2.6 decorrentes de:

- a) assistência médica e cirúrgica, em regime de internação nas diversas especialidades;
- b) urgências clínicas, consideradas como tais os casos que determinem risco de vida imediato, em fase aguda e que não possam ser tratados em residência; e
- c) pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatórios ou clínicas.

2.1. Despesas Hospitalares

Estão cobertas as despesas hospitalares até o limite do plano, de acordo com a natureza da doença ou com o porte da cirurgia, abrangendo:

- a) internação em quarto individual com banheiro privativo ou quarto coletivo, conforme o plano escolhido e previsto nas Condições Particulares deste contrato;
- b) medicamentos, anestésicos e oxigênio, até a alta hospitalar;
- c) sala cirúrgica, inclusive material de esterilização, bem como serviços gerais de enfermagem;
- d) Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- e) remoção de paciente em ambulância, quando satisfeitas as condições previstas no subitem 2.4 desta cláusula;
- f) utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento em pacientes internados;
- g) alimentação dietética, quando indicada, até a alta hospitalar; e
- h) despesas com acomodação e alimentação fornecida pelo hospital, para acompanhante de menor de 14 (quatorze) anos internado.

2.1.1. O reembolso das diárias hospitalares será limitado ao máximo de 90 (noventa) diárias por evento e suas consequências, e por ano de vigência da apólice.

2.1.2. As diárias hospitalares, nos casos de clínica médica, somente serão passíveis de reembolso nos casos graves em fase aguda que se caracterizem pelo risco de vida imediato e que contra-indiquem o tratamento na residência do Segurado, quando devidamente comprovados e justificados pelo médico assistente e confirmados pelo médico da Seguradora.

2.1.3. Não haverá pagamento ou reembolso de medicamentos fornecidos e/ou aplicados pela entidade hospitalar ou para-hospitalar em regime ambulatorial, quando os mesmos não se destinarem a tratamentos de urgência.

2.2. Despesas Médicas

Estão cobertas as despesas médicas até o limite do plano subscrito, de acordo com a natureza da doença ou com o porte da cirurgia, abrangendo:

- a) despesas com honorários médicos nos limites estabelecidos nesta apólice;
- b) despesas com honorários médicos nos limites estabelecidos nesta apólice, durante a internação hospitalar, referentes a procedimentos de diagnose e terapia, tais como endoscopias em geral;
- c) transfusões de sangue e seus derivados, até a alta hospitalar;
- d) exames laboratoriais, anatomopatológicos, radiológicos e cintilográficos durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial pertinente aos tratamentos autorizados; e
- e) tratamento radioterápico e quimioterápico, além de imunoterápico (para os casos de doenças neoplásicas).

2.2.1. A necessidade de um ou mais especialistas, se houver, deverá ser justificada pelo médico assistente, não se admitindo, concomitantemente, mais de um médico por especialidade.

2.3. Pequeno Atendimento

Estão cobertos, até o limite do plano, os tratamentos ambulatoriais decorrentes de acidentes pessoais, bem como os casos de pequenas cirurgias e pequenos procedimentos indicados para o tratamento de lesões cobertas pela apólice.

2.4. Remoção de Pacientes em Ambulância

Estão cobertas as remoções de pacientes em ambulância dentro do perímetro urbano, excetuando-se os honorários do médico acompanhante, quando satisfeitas, cumulativamente, as seguintes condições:

- a) sejam solicitadas e justificadas pelo médico assistente através de relatório, comprovando a impossibilidade de locomoção do paciente;
- b) seja observada a distância máxima de 100 quilômetros; e

c) sejam destinadas ao atendimento de Segurados cujo caso médico indique internação.

2.5. Radioterapia, Quimioterapia e Imunoterapia

Estão cobertas, até o limite do plano, as despesas decorrentes de tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, além de imunoterapias para doenças neoplásicas.

2.5.1. Só terão cobertura, nos casos de tratamentos quimioterápicos, os medicamentos fabricados em território nacional e reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

2.6. Despesas Decorrentes de Coberturas Opcionais

No caso de contratação de coberturas opcionais, mediante declaração expressa e pagamento do adicional de prêmio correspondente, estão cobertas, também, despesas com gravidez e parto, fisioterapias para tratamentos decorrentes de acidentes pessoais, bem como consultas médicas e exames complementares decorrentes dessas consultas, para diagnóstico e controle de doenças, de conformidade com o disposto nas Condições Especiais e/ou Particulares deste contrato.

3. DESPESAS EXCLUÍDAS

Estão excluídas das coberturas deste seguro as seguintes despesas relativas a:

- a) despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas na Cláusula 10;
- b) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e suas consequências, cirurgias não-éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências, bem como cirurgias para miopia, hipermetropia e suas consequências;
- c) tratamentos odontológicos, inclusive nos casos de lesões traumáticas buco-dentárias, ainda que decorrentes de acidentes pessoais;
- d) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- e) cirurgias plásticas que não sejam restauradoras e que não sejam decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência do seguro, tratamentos cirúrgicos para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de senilidade, rejuvenescimento e finalidade estética, em suas várias modalidades.

- f) tratamento de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória e suas consequências, inclusive Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (**Aids**) e suas consequências;
- g) despesas extraordinárias e de acompanhamento em internação hospitalar, exceto para os casos de despesas com acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital para acompanhante de menor de 14 (quatorze) anos internado;
- h) marca-passo, lente intra-ocular, próteses e órteses de qualquer natureza, excetuando-se as demais endopróteses;
- i) casos psiquiátricos e doenças mentais de todas as espécies;
- j) quaisquer atendimentos em casos de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamentos coletivos, ou qualquer outra causa que atinja maciçamente os funcionários do Estipulante e/ou a população, inclusive decorrentes de radiações e/ou emanações nucleares ou ionizantes;
- l) acidentes, lesões e quaisquer estados mórbidos provocados por embriaguês, uso de entorpecentes e/ou psicotrópicos, ato ilícito ou tentativa de suicídio;
- m) diálise e hemodiálise, imunoterapia (salvo para tratamento de doenças neoplásicas) e betaterapia, bem como suas consequências, e despesas médico-hospitalares com doadores de qualquer natureza;
- n) quaisquer medicamentos, inclusive vacinas, fora da internação hospitalar, bem como acupuntura e tratamentos de varizes por injeções esclerosantes;
- o) exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, bem como *check-up* preventivo, internações para investigação diagnóstica não seguida de tratamento ou cirurgia e internações para tratamentos com medicamentos homeopáticos;
- p) tratamentos ou cirurgias para eventos decorrentes de acidentes de trabalho e suas consequências;
- q) atendimentos médico-hospitalares após o limite previsto no subitem 2.1.1 da Cláusula 2 destas condições;
- r) fisioterapias, exceto quando for incapacidade temporária decorrente de acidentes pessoais e se o seguro foi contratado com esta cobertura opcional;
- s) consultas médicas e exames complementares decorrentes dessas consultas, exceto se o seguro foi contratado com esta cobertura opcional; e
- t) todo e qualquer evento relacionado à gravidez e suas consequências, ainda que decorrente de acidentes, exceto se o seguro foi contratado com a Cobertura Opcional de Gravidez e Parto.

4. ESTIPULANTE

É o empregador ou a Associação de funcionários do mesmo empregador que contrata o seguro com a Seguradora.

4.1. O Estipulante fica investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, devendo a ela ser encaminhadas todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, bem como a inclusão e exclusão de Segurados.

4.2. O Estipulante é responsável perante a Seguradora pelo cumprimento das obrigações do presente contrato.

5. GRUPO SEGURÁVEL

É o conjunto de pessoas devidamente caracterizado na Condição Particular da apólice, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por vínculo concreto ao mesmo Estipulante.

6. GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto dos componentes do grupo segurável efetivamente aceitos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O seguro previsto nesta apólice abrange o reembolso de eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7.1. O reembolso das despesas realizadas no exterior será efetuado em moeda nacional, ao câmbio de venda do dia da efetivação do pagamento das despesas pelo Segurado, respeitado o limite de cobertura estabelecido na Cláusula 12 para eventos do mesmo porte, e mediante a apresentação da documentação traduzida de forma a caracterizar perfeitamente o evento e as respectivas despesas médico-hospitalares.

8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Serão aceitos como Segurados para fins deste seguro:

a) Segurados principais

Diretores estatutários, diretores com vínculo empregatício e empregados do Estipulante e de suas empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

b) Segurados dependentes

- cônjuge ou companheira(o);
- filhos solteiros de até 24 (vinte e quatro) anos; e
- filhos inválidos de qualquer idade.

8.1. O Estipulante obriga-se, quando lhe for solicitado, a apresentar à Seguradora a comprovação da relação de dependência econômica e/ou jurídica prevista nesta cláusula, através da exibição dos seguintes documentos:

- esposa: Certidão de Casamento;
- companheira: Carteira de Trabalho onde conste sua designação, Certidão de Nascimento de filho em comum ou declaração expressa do Estipulante; e
- filhos inválidos maiores de 24 anos: Comprovante de Declaração do Imposto de Renda.

9. INCLUSÃO, IDENTIFICAÇÃO E EXCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. O Estipulante obriga-se a fazer constar expressamente na proposta de inscrição fornecida pela Seguradora todas as informações nela solicitadas e, principalmente, os nomes e qualificações completas dos empregados a serem incluídos no plano. O quantitativo de empregados a serem incluídos imediata e compulsoriamente será estipulado na Condição Particular deste contrato.

9.1.1. Só poderão ser incluídos neste seguro diretores e/ou empregados que estejam em plena atividade profissional.

9.1.2. Os diretores e/ou empregados afastados do trabalho para tratamento de saúde poderão ser incluídos neste seguro, mediante apresentação da Declaração de Saúde, até 60 (sessenta) dias após a data de retorno ao trabalho, quando então as coberturas garantidas passarão a vigorar a partir da data definida na Cláusula 10.

9.1.3. Os diretores e/ou empregados afastados do trabalho para tratamento de saúde e que forem incluídos no plano após o prazo de 60 (sessenta) dias definido no subitem 9.1.2 cumprirão os períodos de carência definidos nos subitens 10.2.1 e 10.2 da Cláusula 10.

9.2. Ao Segurado principal e aos Segurados dependentes será fornecido, pela Seguradora, um cartão de identificação, cuja apresentação será indispensável para qualquer atendimento.

9.3. Será automaticamente excluído deste seguro, juntamente com seus dependentes, mediante comunicação imediata e por escrito do Estipulante à Seguradora, o Segurado principal que deixar de ter vínculo empregatício ou vínculo que o ligue ao Estipulante, nos termos da alínea “a” da Cláusula 8.

9.3.1. É obrigação do Estipulante, no caso de exclusão de Segurados, recolher e inutilizar o cartão de identificação fornecido pela Seguradora, respondendo sob todos os aspectos perante a mesma pelo seu uso indevido. Ocorrendo tal hipótese, o Estipulante autoriza desde já, a Seguradora a debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente aos serviços prestados em tal caso.

9.3.2. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, o Estipulante obriga-se a participar, de imediato, o fato à Seguradora por escrito, sendo responsável perante esta pelo uso indevido deste seguro.

9.3.3. Considera-se uso indevido qualquer dano, não importando sua natureza, que resulte da utilização do cartão de identificação pelo próprio Segurado, após o movimento do mês relativo ao último prêmio pago, ou por terceiros, no caso de seu extravio.

9.4. Os Segurados excluídos poderão ingressar na Apólice Individual da Seguradora, com as condições e custos vigentes na ocasião para este tipo de apólice, contando, para diminuir ou eliminar as carências do novo plano, o seu período de cobertura nesta apólice, desde que não haja solução de continuidade na cobertura do seguro.

9.4.1. O Segurado, ao ingressar em um dos planos individuais da Seguradora, não gozará de cobertura para doenças congênitas, nem para preexistentes à sua inclusão nesta Apólice Coletiva, da seguinte forma:

- a) dependente nascido sob a cobertura desta apólice que foi incluído no prazo estabelecido pelo subitem 10.2 terá a cobertura das doenças congênitas na Apólice Individual; e
- b) não serão consideradas como preexistentes, para efeito da cobertura da Apólice Individual, estando, portanto, cobertas as doenças contraídas após o ingresso do Segurado na Apólice Coletiva.

9.4.2. Para que o Segurado principal e seus dependentes possam usufruir, na Apólice Individual, das vantagens concedidas pelo subitem 9.4 e 9.4.1, deverão ser incluídos na nova apólice até 30 (trinta) dias corridos após o último dia em que estavam cobertos pela Apólice Coletiva.

10. INÍCIO DA COBERTURA

As coberturas garantidas por este seguro somente terão efeito a partir do primeiro dia do mês seguinte ao do faturamento, na forma e termos previstos nesta cláusula.

10.1. Atuais Componentes do Grupo Segurável

Quando a inclusão no seguro for feita até 60 (sessenta) dias após a data da aceitação de todo o grupo proposto, as coberturas garantidas terão início a partir do primeiro dia do mês seguinte ao do faturamento.

10.2. Novos Componentes do Grupo Segurável e/ou Afastados Retornando à Atividade Profissional

Quando a inclusão no seguro for feita até 60 (sessenta) dias após a data de admissão no Estipulante e/ou data de retorno à atividade profissional, as coberturas garantidas terão início a partir do primeiro dia do mês seguinte ao do faturamento.

10.2.1. Os atuais componentes do grupo segurável, as novas admissões e/ou os funcionários afastados retornando à atividade profissional que forem incluídos no plano após 60 (sessenta) dias da data de início deste seguro, das respectivas admissões no Estipulante e/ou da data do retorno profissional poderão ser aceitos mediante apresentação de Declaração de Saúde e cumprirão os seguintes períodos de carência:

- a) 4 (quatro) meses após a data de sua inclusão para todos os atendimentos, exceto para os casos obstétricos, cuja carência será de 12 (doze) meses, quando o seguro for contratado com a Cobertura Opcional de Gravidez e Parto; e
- b) os casos decorrentes de acidentes pessoais não estão sujeitos a qualquer período de carência.

10.2.2. O Segurado que for excluído, a seu pedido, da apólice e, posteriormente, desejar retornar poderá ser aceito mediante apresentação da Declaração de Saúde, cumprindo uma carência de 12 (doze) meses, contados da data de sua reinclusão, para todos os atendimentos, exceto os casos de acidentes pessoais, que não estão sujeitos a qualquer período de carência.

10.2.3. Não estarão sujeitos aos prazos de carência previstos no subitem 10.2.2 aqueles dependentes nascidos na vigência deste seguro e incluídos até 60 (sessenta) dias após o seu

nascimento, caso em que a cobertura será imediata, salvo para os casos de fimose, cuja carência será de 30 (trinta) dias a contar da data da inclusão.

11. LIVRE ESCOLHA

Fica garantido ao Segurado a livre escolha de médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, desde que legalmente habilitados.

12. LIMITE DE REEMBOLSO

Corresponde às importâncias máximas a serem reembolsadas para cada garantia da apólice.

12.1. As importâncias máximas a serem reembolsadas por evento ocorrido serão estabelecidas de acordo com a quantidade de CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguro) prevista para tal evento na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, que passa a fazer parte integrante deste contrato.

As importâncias máximas serão determinadas multiplicando-se o número de CRS previsto na referida tabela pelo valor do coeficiente em vigor na data do evento.

12.2. As importâncias máximas a serem reembolsadas, nos casos de contas hospitalares ou remoções, serão estabelecidas conforme a Tabela de Serviços Hospitalares, que passa a fazer parte integrante deste contrato, de acordo com o plano escolhido e conforme Condição Particular deste contrato.

13. DOCUMENTOS PARA REEMBOLSO

Para fins de reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, pagas diretamente pelo Segurado, será necessária a apresentação dos seguintes documentos à Seguradora, devidamente preenchidos e datados:

a) Internações Hospitalares e Prorrogações

- conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais da nota fiscal, fatura ou recibo do hospital;
- vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos;

- relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do Segurado no hospital; e
- laudo do exame anatomopatológico da lesão, quando houver.

b) Pequenos Atendimentos

- vias originais dos recibos com CPF e CRM dos médicos envolvidos;
- relatório médico especificando o diagnóstico, resultado dos principais exames e tipos de tratamentos efetuados;
- relação de materiais e medicamentos utilizados, com os preços por unidade, independentemente dos honorários médicos; e
- laudo do exame anatomopatológico da lesão, quando houver.

c) Remoção de Pacientes em Ambulância

- via original do recibo especificando a data, os locais de saída e destino, bem como a quilometragem percorrida; e
- relatório médico especificando o diagnóstico e justificando a impossibilidade de locomoção do paciente, bem como os dados da internação do mesmo.

d) Radioterapias, Quimioterapias e Imunoterapias

- via original do recibo discriminando os tipos e quantidades de aplicações realizadas, com seus respectivos valores;
- relatório médico especificando o diagnóstico, tratamento e tipo de sessão realizada; e
- laudo do exame anatomopatológico, quando houver.

14. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

As divergências de natureza médica sobre os atendimentos previstos no presente seguro serão dirimidas por uma junta constituída de 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

14.1. Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada à Entidade Médica reconhecida e relacionada à especialidade em questão.

14.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, e os do terceiro serão pagos pela Seguradora e Segurado, em partes iguais.

14.3. As partes interessadas abster-se-ão de promover qualquer ação judicial com base nesta cláusula, antes do pronunciamento final da junta médica.

15. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro poderá ser:

- a) não-contributário: em que os componentes não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante; ou
- b) contributário: em que os componentes pagam prêmio total ou parcial.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. Fica entendido e ajustado que qualquer indenização resultante do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim na Nota de Seguro.

16.2. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado no primeiro dia do mês, ou no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, caso no primeiro dia do mês não haja expediente bancário.

16.2.1. Os prêmios pagos até a data do vencimento da Nota de Seguro não sofrerão qualquer atualização.

16.2.2. Os prêmios não pagos até a data do vencimento da Nota de Seguro será cobrado taxa de permanência diária.

16.3. Fica, ainda, entendido e ajustado que se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, se o prêmio respectivo for pago ainda naquele prazo.

16.4. Se houver atraso na quitação da Nota de Seguro, além dos prazos referidos nos subitens anteriores, as coberturas deste seguro poderão vir a ser suspensas pela Seguradora até a sua regularização, observando-se, ainda, que se este atraso for superior a 30 (trinta) dias, o contrato ou aditamento a ele referente poderá ser automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

16.5. Entretanto, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora prêmios recebidos de funcionários e/ou associados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice ou à suspensão da cobertura dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

16.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no carnê, *ticket*, contracheque, ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

16.7. As inclusões ou exclusões dos Segurados, para efeito de faturamento, serão computadas no mês subsequente ao da entrega comprovada da comunicação por escrito, à Seguradora.

16.8. A Seguradora adotará a forma e modalidade de cobrança que melhor atenda às suas necessidades, inclusive através de estabelecimentos bancários.

16.9. O reajuste monetário das mensalidades terá por base a variação dos custos médicos e hospitalares, segundo índice setorial de preços elaborado por instituição externa idônea.

16.10. Adicionalmente, caso a aplicação continuada do referido índice setorial provoque a ocorrência de déficit técnico nas operações do seguro, será elaborado o índice substitutivo para medir a variação dos custos médicos e hospitalares com base na carteira específica da Seguradora, a partir de dados e critérios técnicos periciados e aprovados por auditor independente, credenciado pelo Poder Público.

16.11. A periodicidade de reajuste do prêmio do seguro e do CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguro) poderá ser mensal, de tal forma que seja restabelecido o nível da cobertura dos Segurados.

17. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

17.1. Quadrimestralmente, somente para aquelas apólices cujo critério de cobrança do prêmio seja por pré-pagamento, será calculado um índice de correção baseado na experiência do grupo, de acordo com a seguinte fórmula:

$$I_K = \frac{S_{K-1}}{0,7 \times P_{K-1}} ,$$

onde:

I_K = índice de correção para prêmio do K-ésimo quadrimestre;

S_{K-1} = soma dos valores reembolsados no (K - 1)-ésimo quadrimestre; e

P_{K-1} = soma dos prêmios cobrados no (K - 1)-ésimo quadrimestre.

Fica estabelecido que:

para $K = 1, I_1 = 1$.

17.2. Para a reavaliação do prêmio das apólices que tiverem menos de 200 vidas seguradas, o cálculo será feito com base nos totais apurados dos valores reembolsados dos sinistros e prêmios do último quadrimestre, para todas as apólices de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar, vigentes na Seguradora, que possuam, também, menos que 200 vidas seguradas.

Para o cálculo, será utilizada a fórmula prevista no subitem 17.1, considerando todas as apólices com até 200 vidas seguradas, como se fosse apenas uma apólice, independentemente de possuírem também menos que 200 vidas seguradas.

18. PERDA DE DIREITO

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro caso haja, por parte do Segurado e/ou seus dependentes:

- a) inexatidão ou omissão nas declarações constantes da proposta que tenha influenciado na aceitação do Segurado e seus dependentes;
- b) inexatidão ou omissão nas declarações constantes da documentação necessária à internação hospitalar e/ou ao reembolso das despesas hospitalares;
- c) fraude, tentativa de fraude, dolo ou inobservância das obrigações convencionadas na presente proposta; ou

d) tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação de despesas médico-hospitalares.

19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

O período de vigência deste seguro é de (doze) meses, contados da data de início de vigência da apólice, a qual será renovada, automática e sucessivamente, por igual período, se não houver manifestação contrária de uma das partes por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de sua validade.

20. CANCELAMENTO

20.1. Além do caso previsto na Cláusula 19, o presente seguro será rescindido de pleno direito, independentemente de interpelação, notificação judicial ou extraordinária, quando:

- a) o pagamento do prêmio for efetivado após o período máximo permitido, conforme disposto no subitem 16.1 da Cláusula 16 destas Condições Gerais; ou
- b) ocorrer qualquer um dos casos previstos na Cláusula 18 destas condições.

20.2. Segurados Contributários

20.2.1. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora o valor descontado para pagamento do prêmio, tal fato não dará motivo ao cancelamento do contrato, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita, portanto, às cominações legais.

20.2.2. Ressalvada a hipótese prevista no subitem 20.2.1 anterior, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar o prazo de sua validade, isto é, no aniversário da apólice, desde que respeitado o disposto na Cláusula 19, ou, antes disso, se houver o mútuo e expresso consenso de todas as partes contratantes: Estipulante, Segurado e Seguradora.

20.2.3. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora o valor do prêmio referente a um ou mais Segurados, poderá a Seguradora cancelar o seguro em relação aos Segurados inadimplentes, ou rescindir a apólice se esta não mais apresentar condições técnicas de manutenção.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. Nenhuma responsabilidade caberá à Seguradora pelos atendimentos previstos neste seguro, concordando expressamente o Estipulante em nome dos Segurados que tal responsabilidade será exclusiva do médico ou entidade hospitalar que os tenha prestado, mesmo que seja um dos profissionais ou serviços constantes na Lista de Referência.

21.2. São documentos integrantes do presente contrato as Condições Especiais e/ou Particulares e o cartão-proposta.

21.2.1. Qualquer alteração nesses documentos, ou no próprio contrato, só será válida se feita por escrito e com concordância das partes contratantes.

21.2.2. Não se admitirá a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente do contrato, seus aditivos, anexos e do cartão-proposta ou quaisquer outros documentos que dele façam parte.

21.3. O seguro abrange as garantias principais, sendo opcional, mediante inclusão da(s) Condições Especiais e/ou cláusula(s) específica(s), a escolha de uma ou mais garantias acessórias, sendo sempre estendidas a todos os componentes do subgrupo (subitem 21.4) as garantias principais e acessórias contratadas.

21.4. O nível de cobertura escolhido por ocasião da aceitação do seguro será uniforme para todas as garantias e para a totalidade dos componentes do grupo.

Na hipótese de se optar por níveis de coberturas diferentes para o mesmo grupo, estes níveis serão determinados em função de fatores objetivos comprováveis, tais como: salário, sexo, cargo ou função.

Para cada subgrupo assim formado, o nível de cobertura será único para todas as garantias e para a totalidade de componentes do grupo.

21.4.1. Sempre que houver, por opção do Segurado contribuinte, a mudança do plano sem a Cobertura de Gravidez e Parto para o plano com Cobertura Opcional de Gravidez e Parto, haverá uma carência de 12 (doze) meses para todos os eventos relacionados a esta cobertura.

21.5. O Estipulante poderá contratar o presente seguro sem inclusão dos dependentes mencionados na alínea “b” da Cláusula 8. Entretanto, se incluídos os dependentes, tal opção deverá abranger todo o subgrupo Segurado, ficando obrigatória a inclusão de todos os dependentes do Segurado principal que se enquadrem dentre os previstos na referida cláusula.

21.6. Na eventualidade de qualquer medida judicial oriunda do presente contrato de seguro, independentemente da parte que a promova, prevalecerá sempre o foro previsto na Lei Processual Civil.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°1

OPÇÕES DE COBERTURA

1. PLANOS DE SEGURO

1.1. O Estipulante poderá optar por um nível de cobertura específico para cada grupo Segurável. Esta opção, assim como os custos de comercialização para cada nível de cobertura, encontra-se definida na proposta de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar, que faz parte integrante deste contrato, conforme acordado entre o Estipulante e a Seguradora.

Cada nível de cobertura será identificado por um código próprio, relacionado na Tabela de Planos de Cobertura da Bradesco Seguros S.A., que passa a fazer parte integrante deste contrato.

1.2. Os planos de seguro relacionados na Tabela de Planos de Cobertura da Bradesco Seguros diferenciam-se entre si em função do padrão de acomodação, múltiplo de reembolso de honorários médicos, limite de reembolso de despesa hospitalar e as Coberturas Opcionais de Gravidez e Parto e Consultas, Exames Complementares, Fisioterapia por Acidente e Assistência Pessoal.

1.3. Para cada nível de cobertura será estabelecido um prêmio próprio, conforme proposta aceita pelo Estipulante e que é parte integrante deste contrato.

1.4. As coberturas dos dependentes serão obrigatoriamente as mesmas do Segurado titular.

2. LIMITE DE REEMBOLSO

Corresponde às importâncias máximas a serem reembolsadas para cada garantia da cobertura contratada.

2.1. Honorários Médicos, Exames Complementares e Fisioterapia

As despesas médicas serão reembolsadas ao Segurado até um limite de valor que varia segundo o procedimento médico específico e é determinado da seguinte forma:

- a) a cada procedimento médico corresponde uma quantidade de CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguro), estabelecido na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros S.A., que faz parte integrante deste contrato;
- b) a quantidade de CRS por procedimento médico deve ser multiplicada pelo valor do CRS vigente à época do evento; e
- c) o limite de despesas médicas por procedimento corresponde ao valor apurado conforme alínea “b” anterior, multiplicado pelo número de vezes determinado na coluna de limite de reembolso de honorários médicos da Tabela de Planos de Cobertura da Bradesco Seguros S.A., de acordo com o plano de cobertura contratado pelo Estipulante para este Segurado.

A coluna de honorários médicos é subdividida em duas outras colunas que identificam, para cada plano, o multiplicador a ser aplicado a cada tipo de despesa com honorário médico.

Na primeira coluna, está indicado o multiplicador que será aplicado ao reembolso dos procedimentos realizados com o paciente internado em uma instituição hospitalar.

Na segunda, o multiplicador será aplicado ao valor do reembolso dos procedimentos com o paciente não-internado.

Para as coberturas onde consta a informação **s/cobert.**, significa que o plano contratado não dá direito a reembolso nem à utilização da rede referenciada para procedimentos médicos realizados em Segurado que não esteja internado, exceto para procedimentos decorrentes de acidente pessoal.

2.2. Despesas Hospitalares

Passa a fazer parte do contrato de seguro a Tabela de Serviços Hospitalares da Bradesco Seguros, que fixa, em quantidade de CRS, os limites de reembolso estabelecidos para cada plano. A quantidade de CRS prevista para o plano contratado para cada serviço será convertida em moeda corrente no país, de acordo com o valor do CRS na data do evento.

Em caso de internação na Rede de Hospitais Referenciados ou na Rede Referenciada Especial para tratamentos de eventos perfeitamente caracterizados e que sejam cobertos pelo seguro, a Bradesco Seguros S.A. pagará, em nome e por conta do Segurado, as despesas hospitalares relacionadas ao tratamento diretamente à instituição prestadora do serviço, se esta instituição fizer parte da Lista de Referência do plano contratado para o Segurado.

2.2.1. Padrões de Acomodação

São os tipos de acomodação que poderão ser utilizados pelo Segurado, no caso de internação hospitalar, em função do plano escolhido pelo Estipulante para o grupo segurável do qual o Segurado faça parte.

São oferecidos dois tipos:

- acomodação em quarto coletivo; e
- acomodação em quarto individual com banheiro privativo.

2.2.1.1. As acomodações a que o Segurado terá direito encontram-se discriminadas na Tabela de Planos de Cobertura da Bradesco Seguros S.A., identificadas através da coluna acomodação em quarto coletivo ou quarto individual com banheiro privativo, de acordo com o plano de cobertura contratado para o grupo segurável do qual o Segurado faz parte.

2.2.2. Limite Básico - Hospital Referenciado

Os Segurados que possuem este limite de cobertura, ao utilizarem Hospitais Referenciados Especiais ou Hospital Não-Referenciado, serão sempre reembolsados até os valores previstos na coluna Hospital Referenciado Normal da Tabela de Serviços Hospitalares da Bradesco Seguros S.A..

O Segurado que possuir este plano e utilizar os serviços de um Hospital Referenciado Normal terá as despesas hospitalares cobertas pelo seguro pagas pela Bradesco Seguros S.A., em seu nome e por sua conta, diretamente ao Hospital Referenciado.

2.2.3. Limite Especial - Hospitais Referenciados Especiais

Os Segurados que possuem este limite de cobertura, ao utilizarem Hospitais Não-Referenciados (Livre Escolha), serão sempre reembolsados até os valores previstos na coluna Hospital Referenciado Especial da Tabela de Serviços Hospitalares da Bradesco Seguros S.A..

2.2.4. Limite Livre Escolha

Os Segurados que possuírem esta cobertura serão reembolsados integralmente pelas despesas hospitalares cobertas pelo seguro que forem realizadas no território nacional. Estes Segurados poderão também utilizar qualquer uma das redes referenciadas da Bradesco Seguros S.A.. Neste caso, terão as despesas hospitalares cobertas pelo seguro pagas pela Bradesco Seguros S.A., em seu nome e por sua conta, ao Hospital Referenciado.

3. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES OCORRIDAS NO EXTERIOR

3.1. As despesas com honorários e serviços médicos e as despesas hospitalares efetuadas no exterior serão reembolsadas em moeda nacional, ao câmbio de venda do dia da efetivação do pagamento das despesas pelo Segurado, nos limites estabelecidos, respectivamente, na Tabela de Honorários e Serviços e na Tabela de Serviços Hospitalares, ambas da Bradesco Seguros, correspondente ao plano subscrito pelo Segurado, mediante a apresentação da documentação traduzida, de forma a caracterizar perfeitamente o evento e as despesas e serviços médicos que lhe digam respeito.

3.2. O Segurado que possuir o limite de Livre Escolha terá as despesas hospitalares reembolsadas em moeda nacional, limitadas aos valores praticados pelo hospital de melhor nível do território nacional.

4. COBERTURAS OPCIONAIS

Os planos que possuem coberturas opcionais, indicados com a palavra **SIM** na linha correspondente ao plano do Segurado da Tabela de Planos de Cobertura da Bradesco Seguros S.A., contarão com a cobertura prevista na Condição Especial n° 3 e/ou Condição Especial n° 4, conforme a contratação.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

TABELA DE PLANOS DE COBERTURA DA BRADESCO SEGUROS

Plano de Cobertura	Acomodação em Quarto		Limites de Reembolso					Coberturas Opcionais		
			Despesas Hospitalares			Honorários Médicos				
	Coletivo	Individual com Banheiro Privativo	Limite Básico Hospital Referenciado	Limite Especial Hospital Referenciado Especial	Livre Escolha Hospital Livre Escolha	Evento com Paciente Internado	Evento com Paciente Não-Internado	Consultas, Exames Complementares e Fisioterapia por Acidente	Gravidez e Parto	Assistência Pessoal
Q000	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	s/cobert	NÃO	NÃO	NÃO
E000	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	1x	s/cobert	NÃO	NÃO	NÃO
Q003	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	s/cobert	NÃO	SIM	NÃO
E003	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	1x	s/cobert	NÃO	SIM	NÃO
Q120	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	1x	SIM	NÃO	NÃO
E120	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	1x	1x	SIM	NÃO	NÃO
E123	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	1x	1x	SIM	SIM	NÃO
Q123	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	1x	SIM	SIM	NÃO
Q523	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	1x	SIM	SIM	SIM
R102	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	2x	SIM	SIM	NÃO
R502	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	2x	2x	SIM	SIM	SIM
R104	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	4x	4x	SIM	SIM	NÃO
R504	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	4x	4x	SIM	SIM	SIM
R106	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	6x	6x	SIM	SIM	NÃO
R506	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	6x	6x	SIM	SIM	SIM
R108	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	8x	8x	SIM	SIM	NÃO
R508	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	8x	8x	SIM	SIM	SIM
R110	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	10x	10x	SIM	SIM	NÃO
R510	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	10x	10x	SIM	SIM	SIM
S102	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	2x	2x	SIM	SIM	NÃO
S502	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	2x	2x	SIM	SIM	SIM
S104	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	4x	4x	SIM	SIM	NÃO
S504	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	4x	4x	SIM	SIM	SIM
S106	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	6x	6x	SIM	SIM	NÃO
S506	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	6x	6x	SIM	SIM	SIM
S108	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	8x	8x	SIM	SIM	NÃO
S508	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	8x	8x	SIM	SIM	SIM
S110	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	10x	10x	SIM	SIM	NÃO

Plano de Cobertura	Acomodação em Quarto		Limites de Reembolso						Coberturas Opcionais		
S510	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	10×	10×	SIM	SIM	SIM	
D104	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	4×	4×	SIM	SIM	NÃO	
D504	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	4×	4×	SIM	SIM	SIM	
D106	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	6×	6×	SIM	SIM	NÃO	
D506	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	6×	6×	SIM	SIM	SIM	
D108	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	8×	8×	SIM	SIM	NÃO	
D508	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	8×	8×	SIM	SIM	SIM	
D110	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	10×	10×	SIM	SIM	NÃO	
D510	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	10×	10×	SIM	SIM	SIM	

*As colunas de Honorários Médicos indicam os múltiplos de limite de reembolso com base na tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros.

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°2

CONDIÇÃO DE ATENDIMENTO

1. Além do atendimento de livre escolha, todos os eventos cobertos por este seguro poderão ser realizados por médicos ou instituições constantes da Lista de Referência, fornecida e atualizada periodicamente pela Seguradora. Nestes casos, o Segurado não arcará com ônus algum quanto às despesas no momento do atendimento, ficando a cargo da Seguradora o pagamento direto, em nome e por conta do Segurado, ao profissional ou entidade integrante da referida lista.

1.1. Os procedimentos assinalados com ■ na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros e que serão realizados por profissionais ou entidades constantes da Lista de Referência deverão ser previamente autorizados pela Seguradora.

1.2. Os procedimentos assinalados com ● na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros não terão cobertura contratual.

1.3. Os demais procedimentos constantes na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros que não se enquadrem nas condições acima terão cobertura sem a necessidade de autorização da Seguradora.

1.4. Todos os procedimentos a serem adotados pelos Segurados para a realização de atendimentos com profissionais e/ou entidades da Lista de Referência deverão obedecer às orientações do Manual do Segurado.

1.5. A Seguradora se reserva o direito de vir a alterar as redes referenciadas normal e especial, em qualquer tempo, sem aviso prévio aos Estipulantes. Qualquer modificação realizada visará exclusivamente à manutenção ou melhoria da qualidade técnica das redes referenciadas.

2. As internações hospitalares cobertas por este seguro, bem como as prorrogações, quando realizadas por entidades constantes da Lista de Referência fornecida por esta Seguradora, deverão ser providenciadas pelos hospitais, que, no ato da internação ou prorrogação, confirmarão à Seguradora, através dos meios de comunicação utilizados para este fim, a cobertura para a respectiva internação ou prorrogação.

2.1. O prazo de internação autorizado pela Seguradora corresponderá ao número de dias necessários ao tratamento de casos idênticos.

A não observância deste prazo desobrigará a Seguradora da cobertura de quaisquer despesas resultantes destas prorrogações.

3. Os valores a serem pagos à rede referenciada para honorários e serviços prestados estarão limitados à Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, podendo ter o seu valor acrescido dos impostos vigentes na ocasião do pagamento do serviço.

3.1. Em alguns casos, excepcionalmente, de acordo com a situação médica/hospitalar de cada município, a Seguradora poderá pagar ao referenciado valores superiores ou inferiores ao previsto na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros. Os referenciados que forem incluídos sob a condição de pagamento com valor diferente do estipulado na tabela terão seus nomes e percentuais de desconto ou agravamento divulgados trimestralmente ao Estipulante.

4. Os valores a serem pagos às instituições referenciadas que prestam serviços de internações hospitalares serão negociados individualmente com cada instituição,

independentemente dos valores previstos na Tabela de Reembolso de Despesas Hospitalares.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°3

CONSULTAS, EXAMES COMPLEMENTARES E FISIOTERAPIA

Fica acordado entre o Estipulante e a Bradesco Seguros S.A. que, para os planos que incluam esta cobertura opcional - Consultas Médicas, Exames Complementares e Fisioterapias por acidente -, prevalecerão as seguintes condições:

1. CONSULTAS MÉDICAS

1.1. Serão cobertas as despesas decorrentes de consultas médicas, até o limite do plano contratado.

1.2. As consultas médicas serão em número ilimitado.

2. EXAMES COMPLEMENTARES

2.1. Serão cobertas, até o limite do plano contratado, as despesas provenientes de exames complementares decorrentes de consultas médicas.

2.2. Os exames complementares serão em número ilimitado.

2.3. Estão automaticamente cobertos, sem necessidade de autorização prévia, os seguintes exames complementares:

- análises clínicas, excetuando-se exames de medicina nuclear;
- anatomopatológicos, excetuando-se exames histopatológicos de placenta;
- radiológicos, excetuando-se as radiologias intervencionistas (neurorradiologia e procedimentos especiais), tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética e angiografias em geral;
- eletrocardiográficos;
- eletroencefalográficos;
- endoscopias em geral; e
- ultra-sonografias, excetuando-se ecocardiografias.

2.4. Os demais exames deverão ser previamente autorizados pela Seguradora.

3. FISIOTERAPIAS

Serão cobertas as despesas provenientes de fisioterapias para tratamentos decorrentes de acidentes pessoais, quando indicados pelo médico assistente, até 90 (noventa) dias após o acidente e limitadas a 40 sessões por evento, até o limite do plano.

4. DOCUMENTOS PARA REEMBOLSO

Para fins de reembolso das despesas decorrentes de consultas médicas, exames complementares e fisioterapias, será necessária a apresentação dos seguintes documentos à Seguradora, devidamente preenchidos e datados:

a) Consultas Médicas

- via original do recibo médico, constando a data, a assinatura do médico (mesmo que seja em papel timbrado), os números do CRM, CPF e ISS, informando o tipo de serviço e a data em que o mesmo foi prestado; e

- relatório médico justificando o tratamento, quando da ocorrência de segunda consulta do mesmo especialista, para um mesmo paciente, dentro do período de 30 (trinta) dias a contar da primeira consulta.

b) Exames Complementares

- via original da nota fiscal ou recibo da despesa, discriminando-a com preços por unidade; e
- relatório médico, informando a indicação clínica e a relação de exames solicitados.

c) Fisioterapias

- via original do recibo, discriminando o(s) tipo(s) e quantidade(s) de sessões realizadas, com seus respectivos valores; e
- relatório médico, especificando o diagnóstico da lesão, tratamento realizado e tipos de sessões fisioterápicas realizadas.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°4

GRAVIDEZ E PARTO

Fica acordado entre o Estipulante e a Bradesco Seguros S.A. que, para os planos que incluam esta cobertura opcional - Gravidez e Parto -, prevalecerão as seguintes condições:

1.1. Serão cobertas as despesas médico-hospitalares decorrentes de gravidez, inclusive ectópica, até o limite do plano e desde que respeitado o disposto na Cláusula 10 das Condições Gerais.

1.1.1. Serão consideradas despesas médico-hospitalares abrangidas por esta cobertura as relativas partos normais e cesarianas, bem como abortamentos determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios da deontologia médica.

1.1.2. Esta cobertura abrange, ainda, as despesas com berçário, bem como as de curetagem e laqueadura de trompas, quando determinadas exclusiva e comprovadamente em razão de risco de vida, desde que observados os princípios da deontologia médica.

1.2. As condições de atendimento e os documentos para reembolso são os mesmos estabelecidos nas Condições Gerais deste seguro para as internações e prorrogações.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°5

FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DE DOENÇA

Pela presente, fica alterada a Cláusula 3 das Condições Especiais n° 3 referentes à de fisioterapia por acidente, passando a vigorar o seguinte:

- a) serão cobertas as despesas provenientes de fisioterapia, quando indicada pelo médico assistente até 90 (noventa) dias após o acidente ou doença e limitada a 40 (quarenta) sessões por evento até o limite do plano contratado; e
- b) quando solicitada por motivo de doença, deverá ser discriminado o tipo de doença, o tempo de evolução da mesma e o motivo que justifica o tratamento através de fisioterapia.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°6

ASSISTÊNCIA PESSOAL

1. OBJETO E ÂMBITO GEOGRÁFICO

A **Assistência Pessoal** tem por objetivo garantir o atendimento ao Segurado do Saúde Bradesco, residente e domiciliado no Brasil, quando em viagem no Brasil ou no exterior, em caso de ocorrência de doenças com manifestação súbita e aguda ou em caso de acidentes, bem como de outros acontecimentos imprevistos mencionados nesta cobertura. Quando em viagem no Brasil, os serviços serão prestados **desde que o Segurado se encontre a uma distância mínima de 100 (cem) quilômetros do município em que tenha residência permanente.**

2. EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS

A **Assistência Pessoal** será realizada através da SAGE - Serviços de Assistência Geral e Participações S/C Ltda. -, que colocará suas Centrais de Alarme à disposição do Segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionáveis por telefone pelo sistema de ligação a cobrar. A SAGE integra a rede mundial GESA de Assistência.

3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

3.1. A **Assistência Pessoal** será prestada de acordo com a infra-estrutura do local da ocorrência, levando em conta, ainda, as leis e costumes do país ou do local do evento, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento.

3.2. A recorrência à **Assistência Pessoal** será feita mediante contato telefônico com uma das Centrais de Alarme, que adotará as providências cabíveis, nos termos das Cláusulas 4 e 5 desta cobertura.

3.3. A Empresa Prestadora de Serviços providenciará o reembolso das despesas cobertas, mediante apresentação de comprovantes, quando o Segurado não puder acionar previamente uma Central de Alarme, em razão do local da ocorrência ou da urgência do evento.

3.4. Consideram-se Segurados o titular e os dependentes incluídos na apólice de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar que aderirem a esta cobertura mediante solicitação por escrito pelo Estipulante.

3.5. A **Assistência Pessoal** poderá ser acionada, a critério exclusivo do Segurado, mesmo que o evento esteja também abrangido pela cobertura de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar. Em caso de opção do Segurado pela **Assistência Pessoal**, a Bradesco Seguros S.A. complementarará, se for o caso, os valores relativos às despesas cobertas, até os limites de cobertura previstos na apólice.

3.6. O Segurado receberá da Bradesco Seguros S.A. o Cartão Assistência Pessoal para fins de identificação, podendo utilizá-lo para acionar a **Assistência Pessoal**, desde que esteja em dia com os pagamentos dos prêmios do seguro de que trata o subitem 3.5 anterior.

3.7. Os pagamentos feitos no exterior pela Empresa Prestadora de Serviços serão realizados em moeda local, observados os limites expressos em Reais previstos nestas condições, convertidos pelo câmbio do dia do pagamento.

4. COBERTURAS DISPONÍVEIS NO BRASIL E NO EXTERIOR

Os Segurados terão à sua disposição, no Brasil e no exterior, as seguintes coberturas:

4.1. Remoção Médica

Na hipótese de acidente ou doença do Segurado, ocorrida durante a viagem, e de acordo com a natureza e gravidade das lesões ou sintomas, a Empresa Prestadora de Serviços se responsabilizará:

- a) pela remoção do Segurado para o hospital mais próximo do local da ocorrência; e
- b) pela transferência do Segurado para centro hospitalar mais adequado ao seu atendimento, a critério do médico assistente ou da equipe médica da Empresa Prestadora de Serviços, podendo ser feita por ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI. **A transferência em avião UTI só será coberta quando realizada dentro de um mesmo continente, e se a natureza das lesões ou da doença exigir esse meio de locomoção, a critério do médico assistente ou da equipe médica da Empresa Prestadora de Serviços**, devendo o paciente ser acompanhado, se necessário, por médico ou enfermeira.

4.2. Regresso Domiciliar por Motivo Médico

Se o Segurado, após tratamento no local da ocorrência, não estiver em condições de retornar à sua residência permanente como passageiro regular, **a critério do médico assistente ou da equipe médica indicada pela Empresa Prestadora de Serviços**, esta organizará o regresso do Segurado, pelo meio de transporte mais adequado às suas condições clínicas.

Com essa finalidade, a Empresa Prestadora de Serviços poderá, em nome do Segurado, usar, negociar, providenciar, compensar, junto a companhias aéreas, marítimas e terrestres, ou a agentes de viagem e operadores turísticos, os bilhetes de transporte do Segurado, sejam estes de tarifas integrais ou com limites especiais, de fretamentos ou excursões, dentro ou fora do prazo estipulado - de forma a assegurar o retorno do Segurado à sua residência permanente.

4.3. Localização e Encaminhamento de Bagagem Extraviada

Em caso de extravio de bagagem do Segurado, dentro dos limites da área de responsabilidade da companhia transportadora, a Empresa Prestadora de Serviços prestará a assessoria necessária às providências de busca e à denúncia do extravio às autoridades

responsáveis; caso a bagagem seja localizada, a Empresa Prestadora de Serviços a enviará até onde se encontre o Segurado ou à sua residência permanente.

4.4. Ajuda Financeira por Extravio de Bagagem

Em caso de extravio de bagagens que estejam sob a responsabilidade de companhias aéreas regulares, afiliadas à IATA, e que não sejam entregues ao Segurado nas 48 horas subsequentes à declaração de perda, a Empresa Prestadora de Serviços entregará ao Segurado **o equivalente a R\$ 200,00 (duzentos reais) em vale-compras ou em moeda local**, para gastos emergenciais.

4.5. Passagem Aérea para Visita de Parente do Segurado

Se o Segurado permanecer hospitalizado **por um período superior a 10 (dez) dias no Brasil ou a 5 (cinco) dias no exterior**, estando desacompanhado, a Empresa Prestadora de Serviços colocará à disposição de um parente, ou uma pessoa indicada pelo Segurado, residente no Brasil, um bilhete aéreo de linha comercial, classe econômica, de ida e volta, para que possa visitá-lo.

4.6. Hospedagem de Parente do Segurado

No caso de o Segurado permanecer hospitalizado por mais de **10 (dez) dias no Brasil, ou por mais de 5 (cinco) dias no exterior, a Empresa Prestadora de Serviços** assumirá os gastos com a hospedagem da pessoa que se beneficiar da cobertura prevista no subitem anterior, no limite diário de até R\$ 100,00 (cem reais), por até 10 (dez) dias, para o pagamento de diárias de hotel, com exclusão de qualquer outra despesa.

4.7. Garantia de Viagem de Regresso

Quando o Segurado possuir passagem de transporte aéreo com data ou limitação de regresso e, em razão de doença ou lesão decorrente de acidente, acompanhada pela equipe médica indicada pela Empresa Prestadora de Serviços, estiver obrigado a retardar seu regresso programado, a Empresa Prestadora de Serviços assumirá a diferença de tarifa, para o regresso do Segurado ou para o prosseguimento da viagem interrompida.

4.8. Traslado de Corpo

Na hipótese de falecimento do Segurado durante a viagem, a Empresa Prestadora de Serviços custeará e cuidará das formalidades necessárias ao retorno do corpo, inclusive do transporte dos restos mortais para o município de residência permanente no Brasil. **Não estarão cobertas as despesas relativas ao funeral e ao enterro ou cremação.**

5. COBERTURAS DISPONÍVEIS EXCLUSIVAMENTE NO EXTERIOR

Além das coberturas previstas na Cláusula 4, o Segurado, quando em viagem ao exterior, terá à sua disposição as seguintes garantias:

5.1. Assistência Médica

Em caso de o Segurado sofrer lesão resultante de acidente ou contrair doença de manifestação súbita e aguda, a Empresa Prestadora de Serviços se obriga a custear as despesas médicas e hospitalares, **até os seguintes limites máximos:**

- a) R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para honorários de médicos, clínicos e cirurgiões, diárias e outras despesas hospitalares, serviços médicos, enfermagem e exames complementares prescritos por um médico; e
- b) R\$ 500,00 (quinhentos reais), por evento, para despesas com intervenções odontológicas de emergência e para medicamentos prescritos por um médico.

5.2. Adiantamento de Fiança

Em caso de exigência de prestação de fiança prevista em lei processual penal, a Empresa Prestadora de Serviços **adiantará** o valor dessa fiança, mediante a assinatura de um documento de reconhecimento de dívida, **até o limite de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), valor esse que deverá ser devolvido, no prazo máximo de 60 dias, pelo Segurado em seu nome ou por sua conta.**

5.3. Indicação de Assistência Jurídica

Se o Segurado necessitar de um advogado, a Empresa Prestadora de Serviços fornecerá referências e informações, inclusive com marcação de consultas, **cabendo ao Segurado o pagamento de eventuais despesas diretamente ao advogado indicado.**

5.4. Regresso Antecipado por Morte de Parente de 1º Grau

A Empresa Prestadora de Serviços organizará e assumirá as despesas adicionais resultantes da volta antecipada do Segurado à sua residência permanente, em virtude do falecimento de

parente de 1º grau. Será providenciado o retorno do Segurado ao Brasil, em companhia aérea comercial, caso não possa utilizar o bilhete original emitido com prazo determinado. Para os fins desta cláusula, consideram-se parentes de 1º grau o cônjuge e os filhos, pais e irmãos do Segurado.

5.5. Embarque de Menores de 14 Anos

Quando o Segurado estiver em viagem, tendo sob sua responsabilidade crianças menores de 14 anos, e por motivos de acidente ou doença não puder embarcá-las para o retorno ao domicílio, a Empresa Prestadora de Serviços cuidará dos seguintes serviços:

- acompanhamento de menor até o aeroporto;
- formalidades de embarque;
- regularização da situação de “menor desacompanhado”, diante da legislação do país em que se encontre; e
- informação aos pais ou parentes, no Brasil, dos dados referentes ao retorno do menor.

5.6. Adiantamento Financeiro, em Caso de Roubo ou Furto de Dinheiro

A Empresa Prestadora de Serviços adiantará a importância de no máximo R\$ 400,00 (quatrocentos reais) para o pagamento de despesas de hospedagem e transporte de Segurado que tenha sido vítima de roubo ou furto de dinheiro (excluindo-se os cheques de viagem). O adiantamento só será concedido se sua solicitação for acompanhada de termo de reconhecimento de dívida, de declaração de autoridade policial, assim como do nome do emissor ou cedente das faturas, e deverá ser restituído à Empresa Prestadora de Serviços, no prazo de 60 (sessenta) dias da data de sua efetivação, em moeda local.

5.7. Repatriamento de Familiar

Em caso de o Segurado ter sido vitimado por doença súbita ou acidente que torne necessário o seu regresso antecipado ao Brasil ou o prolongamento de sua permanência no país do evento, a Empresa Prestadora de Serviços tomará as providências relacionadas à organização e custeio do regresso antecipado de familiares do Segurado, se necessário.

5.8. Orientação em Caso de Perda de Documentos

A Empresa Prestadora de Serviços indicará ao Segurado as providências a serem tomadas em caso de perda de documentos, informando-lhe endereços e telefones consulares e auxiliando-o no cancelamento de cartões de crédito e na substituição de bilhetes de transporte e de cheques de viagem.

5.9. Prolongamento de Estada em Hotel

A Empresa Prestadora de Serviços arcará com as despesas necessárias ao prolongamento de estada em hotel escolhido pelo Segurado, imediatamente após a alta hospitalar, se esta permanência tiver sido prescrita pelo médico local ou pela equipe médica indicada pela Empresa Prestadora de Serviços. **Essa garantia será limitada a R\$ 100,00 (cem reais) por diária do Segurado em hotel, até o máximo de 10 (dez) dias, sendo excluídas da garantia quaisquer despesas que não integrem a diária.**

6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

6.1. A **Assistência Pessoal** será prestada em todas as viagens feitas pelo Segurado durante o ano, **desde que, na data do evento, ele não esteja afastado de sua residência permanente, por período superior a 90 (noventa) dias, em uma mesma viagem.**

6.2. Ressalvado o disposto no subitem 6.3 a seguir, **o Segurado não terá direito ao reembolso das despesas relacionadas nos subitens 4.1, 4.2, 4.5 e 4.8 destas condições, se estas tiverem sido realizadas sem autorização da Empresa Prestadora de Serviços.**

6.3. Diante de uma situação que envolva risco de vida, o Segurado, ou seu representante, providenciará remoção de emergência para hospital próximo do local da ocorrência, através dos meios mais apropriados e imediatos, devendo, tão logo seja possível, telefonar para uma Central de Alarme, a fim de prestar informações necessárias.

6.4. A **Assistência Pessoal** não será prestada em caso de situações que venham a ocorrer durante a viagem do Segurado que sejam decorrentes da inobservância de recomendações feitas pelo médico que o assiste habitualmente.

6.5. Estão excluídos desta cobertura os seguintes casos:

- a) doenças ou lesões existentes anteriormente à data de viagem;
- b) doenças, lesões ou processos resultantes de ação criminal dolosa, perpetrada pelo Segurado, salvo lesões ocasionadas por acidentes de trânsito;
- c) doenças ou lesões resultantes de tentativa de suicídio ou provocadas intencionalmente pelo Segurado em si mesmo;

- d) doenças ou lesões provocadas pela ingestão intencional de drogas e narcóticos ou pelo abuso de bebidas alcoólicas, ou ainda pelo uso de remédios sem prescrição médica;
- e) doenças mentais de qualquer natureza;
- f) eventos relacionados à gravidez após a 24^a semana de gestação, exames pré-natais e parto;
- g) próteses e órteses em geral;
- h) viagens em aviões não-projetados para o transporte de passageiros;
- i) casos de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras, revoluções, terrorismo e sabotagem, greves, restrições ao livre trânsito, radiações ou emanações nucleares ou ionizantes, bem como casos de força maior, salvo se o Segurado provar que a causa do atendimento solicitado não teve relação com os referidos eventos; e
- j) serviços prestados por pessoas que tenham grau de parentesco com o Segurado, salvo quando previamente autorizados pela Empresa Prestadora de Serviços.

7. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

7.1. Em caso de emergência, o Segurado não deverá tomar qualquer providência sem antes telefonar para a Central de Alarme de sua escolha, identificar-se, relatar a ocorrência e prestar todas as informações que lhe forem solicitadas. Somente nas hipóteses previstas nos subitens 3.3 e 6.3 destas condições é que o contato telefônico com a Central de Alarme poderá ser feito após o atendimento de emergência.

7.2. O Segurado deverá envidar os melhores esforços e tomar as providências ao seu alcance para minorar os efeitos de uma situação emergencial.

7.3. Quando efetuar pagamento relativo à prestação de serviços previstos nestas condições, a Empresa Prestadora de Serviços ficará sub-rogada nos direitos do Segurado, com vistas ao ressarcimento junto a terceiros responsáveis, na forma da lei. Para esse fim, o Segurado deverá colaborar com a Empresa Prestadora de Serviços, inclusive enviando-lhe documentos, relatórios médicos e recibos originais relacionados com o atendimento.

7.4. O Segurado se obriga a aceitar a forma de atendimento indicada pela Empresa Prestadora de Serviços, o qual poderá ser prestado por empresa privada ou órgão público, de acordo com as peculiaridades do local do evento.

8. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

8.1. A presente cobertura somente prevalecerá enquanto estiver em vigor a apólice de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar.

8.2. A Assistência Pessoal poderá ser cancelada, em caso de tornar-se inviável a prestação de serviços pela empresa mencionada no item 2, ou por outra que possa vir a substituí-la nas mesmas condições, garantidos ao Segurado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias e a correspondente redução do prêmio mensal.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO ESPECIAL N°9

INTERNAÇÃO SEM LIMITE

Pela presente, fica alterada a Cláusula 2 - Despesas Cobertas -, subitem 2.1.1 das Condições Gerais, passando a vigorar o seguinte:

2.1.1. O reembolso das diárias hospitalares será efetuado se e enquanto houver necessidade de internação, sem limite de tempo de permanência em hospital.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

TABELA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(Em CRS - Coeficiente de Reembolso de Seguro)

I - DIÁRIAS E TAXAS DIVERSAS

1. Diárias de Internação

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
	Normal	Especial
Acomodação em quarto coletivo (enfermaria)	151	---
Acomodação em quarto individual com banheiro privativo	265	482
Unidade Intermediária	363	846
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	605	1171
Acompanhante, incluído o café da manhã	80	163
Berçário para recém-nascido, durante a permanência da mãe	76	140
Berçário para recém-nascido, após a alta da mãe	114	228
UTI Neonatal	484	1074

Obs.: A primeira diária é indivisível a partir das 10h.

A qualquer hora em que ocorrer a internação hospitalar, será cobrada diária inteira, sendo válida até às 10h do dia seguinte.

2. Taxas Diversas

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
	Normal	Especial

Aspiração, diária, indivisível	45	54
Cardioversão	76	140
Equipamento para circulação extracorpórea	368	391
Esterilização	84	93
Injeção intramuscular	23	26
Injeção endovenosa	23	26
Instalação do respirador Bird	111	125
Instalação de respirador volumétrico	148	177
Instalação de soro hidratação venosa	23	26
Internação	64	70
Isolamento	80	186
Monitor Cardíaco no Centro Cirúrgico (até porte 4)	211	249
Monitor Cardíaco no Centro Cirúrgico (acima de porte 4)	311	339
Monitor Cardíaco no leito (cobrança não válida para UTI, Intermediária e Coronariana)	255	275
Nebulização por sessão	23	47
Preparo de alimentação, enteral por sessão	27	54
Preparo de alimentação parenteral, por sessão	41	82
Repouso no Pronto-Socorro até 6 horas	64	70
Tração transesquelética (diária)	8	14
Tricotomia	23	28
Unidade de anestesia geral	64	120
Uso de aspirador no Centro Cirúrgico e no leito	21	52

3. Outras Taxas (percentual aplicado sobre o valor limite do plano possuído)

Especificação	Percentual Aplicável
Administração	10% sobre todos os itens, exceto medicamentos
Anestesia	10% sobre o porte anestésico
Assepsia	10% sobre a taxa da sala
Enfermagem	10% sobre a diária (não inclui enfermagem particular)
Instrumentação	10% sobre a taxa da sala
Recuperação pós-anestésica	30% sobre a taxa da sala

II - TAXAS DE SALA (de cirurgia e de serviços ambulatoriais)

Porte de Sala	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
	Normal	Especial

Porte 0 (para sala de gesso, serviços ambulatoriais e paciente internado)	111	172
Porte 1	148	279
Porte 2	259	456
Porte 3	369	651
Porte 4	458	846
Porte 5	553	1041
Porte 6	701	1236
Porte 7	812	1431

Obs.: Nos sábados após às 12h, domingos, feriados e dias úteis no período das 19 às 7h, o valor da taxa será acrescido de 30%. No caso de mais de uma intervenção cirúrgica no mesmo ato, o valor da taxa de sala se baseará no da sala de maior porte. Não estão incluídos no valor da taxa de sala, medicamentos e materiais de consumo ou descartáveis. O Centro Cirúrgico inclui serviço auxiliar de enfermagem e roupa.

III - TAXAS DE BERÇÁRIO

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
	Normal	Especial
Berçário aquecido (hora)	32	55
Curativo durante a permanência materna	39	45
Fototerapia, diária, indivisível	101	121
Incubadora, sem valor do oxigênio, até 4h	94	168
Incubadora, sem valor do oxigênio, até 12h	231	250
Incubadora, sem valor do oxigênio, após 12h, diária	461	507

IV - ALUGUÉIS

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
	Normal	Especial

Artroscópio	146	186
Bisturi Elétrico	45	143
Bisturi Elétrico Bipolar	73	180
Bomba infusora, diária, indivisível	125	352
Colchão d'água, diária, indivisível	27	28
Instrumental cirúrgico	77	79
Laparoscópio, endoscópio	111	186
Microscópio Cirúrgico	90	163
Microscópio Cirúrgico com fibra ótica	230	458
Monitor Cardíaco (diária) - UTI	196	250
Monitor de Pressão intracraniana com transducer de fibra ótica	270	651
Perfurador elétrico, só para cirurgia de crânio	742	845
Respirador (Bird, Takaoka, Bennet e outros), sem oxigênio ou ar comprimido (diária)	223	381
Respirador volumétrico (diária)	368	460
Serra de gesso, só para retirada de gesso não-colocado no hospital	36	98
Bandeja de anestesia (peridural, raquidiana, plexos e outros bloqueios)	43	163
Bandeja de assepsia (cobrança válida somente para Centro Cirúrgico)	15	40
Bandeja de cateterismo vesical	19	45
Bandeja de parada cardíaca (cobrança não válida para UTI, Unidade de Internação e Unidade Coronariana)	80	160
Bandeja de pequena cirurgia (de porte 2 ou maior, fora do Centro Cirúrgico)	80	160
Bandeja de pequena cirurgia (de 0 e 1, fora do Centro Cirúrgico)	43	88
Bandeja de punção (articular, pleural e abdominal)	27	60
Bandeja de punção lombar	41	88
Bandeja de punção subclávia	43	90

V - CURATIVOS

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
	Normal	Especial
Pequeno ou oftálmico	32	61
Médio	58	98
Grande	115	126
Escoriada ou queimada (1 a 3 UT*)	50	88
Escoriada ou queimada (mais de 3 UT*)	58	98

*UT (Unidade Topográfica) = segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% da superfície corporal.

VI - REMOÇÕES (SEM COBERTURA PARA HONORÁRIOS MÉDICOS EM AMBULÂNCIA)

TIPO DE AMBULÂNCIA	ESPECIFICAÇÃO	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS)	
		NORMAL	ESPECIAL
COMUM	Taxa Inicial	73	130
	KM Rodado	10	20
	Taxa de Espera por hora (indivisível)	73	130
UTI	Taxa Inicial	146	263
	KM Rodado	10	20
	Taxa de Espera por hora (indivisível)	146	263

VII - OUTROS SERVIÇOS (LIMITE INDEPENDENTE DO PLANO)

Especificação	Tabela Utilizada
Aparelhos Gessados	Sbot
Exames radiológicos e Ultra-sonografia	Bradesco/Cbr.
Medicamentos	Brasíndice/D.O.
Exames de laboratório e anatomia patológica; honorários médicos; materiais descartáveis; Serviços de Apoio de Diagnóstico e Tratamento (SADT)	Bradesco

*Sbot - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Bradesco/Cbr. - Colégio Brasileiro de Radiologia

Brasíndice/D.O. - Guia Farmacêutico Diário Oficial.

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO PARTICULAR N°001

Pela presente condição, ficam acordadas entre a Bradesco Seguros S.A. e o Estipulante acima identificado as seguintes alterações nas Condições Gerais da apólice:

1. Fica alterada a alínea “b” da Cláusula 3 - Despesas Excluídas -, que passa a ter a seguinte redação:

“b) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e suas consequências, cirurgias não-éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para controle da natalidade e suas consequências;”

2. Fica excluída a alínea “f” da Cláusula 3 - Despesas Excluídas;

3. Fica alterada a alínea “h” da Cláusula 3 - Despesas Excluídas -, que passa a ter a seguinte redação:

“h) próteses e órteses externas de qualquer natureza, excetuando-se as demais endopróteses;”

4. Fica alterada a alínea “m” da Cláusula 3 - Despesas Excluídas -, que passa a ter a seguinte redação:

“m) imunoterapia e betaterapia, bem como suas consequências, e despesas médico-hospitalares com doadores de qualquer natureza;”

5. Passam a ser cobertos pelo seguro os seguintes casos:

- a) tratamento cirúrgico para cura da esterilidade, exceto a inseminação artificial;
- b) despesas relativas à aquisição de marca-passo e lente intra-ocular para os casos cirúrgicos que indicarem a necessidade destas próteses;
- c) tratamento cirúrgico para correção de miopia; e
- d) hemodiálise e diálise peritoneal em todos os casos.

6. Passa a ser coberto pelo seguro o tratamento de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória e suas consequências, de acordo com as seguintes características básicas:

6.1. Estarão cobertas as despesas médico-hospitalares, em caso de internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, consultas médicas e exames complementares realizados nos serviços médicos referenciados pela Bradesco Seguros S.A.. Quando utilizados serviços médicos na forma de livre escolha, essas despesas médico-hospitalares serão reembolsadas ao Segurado titular pelos valores da Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros.

6.2. No caso de Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (**Aids**), e somente neste caso, a Bradesco Seguros S.A. também reembolsará ao Segurado titular as despesas decorrentes da aquisição, sob prescrição médica, de medicamentos para controle e tratamento da doença, inclusive fora do regime de internação hospitalar.

6.2.1. No que se referir exclusivamente à cobertura das despesas médico-hospitalares inclusive medicamentos, relacionadas à Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (**Aids**), será observado:

- a) para cada Segurado, seja titular ou dependente, o montante das despesas durante o ano de vigência do seguro ficará limitado ao valor de 275.000 (duzentos e setenta e cinco mil) CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguro), independentemente do prazo de internação. Esse limite será individual e a ele não se incorporarão outros valores, ainda que de componentes de um mesmo grupo familiar;
- b) ao ser atingido esse limite, a responsabilidade da Bradesco Seguros S.A. cessará de imediato, não lhe cabendo qualquer obrigação no tocante ao pagamento de despesas médico-hospitalares e/ou de medicamentos, ainda que o Segurado se encontre em regime de internação hospitalar;
- c) a cada aniversário de inclusão do Segurado na apólice, esse limite será automaticamente renovado, ficando certa a inexistência de saldos remanescentes de limites não totalmente utilizados; e
- d) na solicitação de reembolso de despesas com medicamentos para tratamento da **Aids**, fora do regime de internação hospitalar, deverá ser apresentado receituário médico, com laudo esclarecendo o motivo da prescrição dos medicamentos, a prescrição dos mesmos, assim como nota fiscal detalhada, comprovando a aquisição dos mesmos. Só serão reembolsadas as despesas com a aquisição de medicamentos que estejam associados ao tratamento da **Aids** ou ao de doenças associadas à mesma.

6.3. Não caberá à Bradesco Seguros S.A. qualquer responsabilidade sobre a decisão de um referenciado recusar o atendimento a um paciente portador de **Aids**, sob a alegação de não estar tecnicamente preparado ou habilitado a prestar o serviço médico-hospitalar.

6.4. A cobertura terá início a partir da data de emissão deste aditivo para os Segurados, titulares ou dependentes, incluídos na apólice até esta data. Para esses Segurados, a inclusão desta cobertura não implicará qualquer prazo de carência, beneficiando, assim, os casos eventualmente já existentes nesta data.

6.5. Os Segurados, titulares ou dependentes, incluídos na apólice a partir desta data terão que cumprir 30 (trinta) meses de carência para a cobertura de **Aids**. As demais condições de cobertura previstas pela apólice permanecem asseguradas para estes Segurados, sem que seja necessário o cumprimento de qualquer prazo de carência, exceto os previstos na Cláusula 10 das Condições Gerais.

6.6. Os pacientes com Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (**Aids**) passam a ter a opção de assistência médico-domiciliar, que é o tratamento domiciliar sob prescrição

médica, em continuidade ou em substituição ao tratamento hospitalar, ainda em fase aguda de sua patologia, observando-se, ainda, que:

- a) será autorizada exclusivamente para os Segurados que, por opção própria ou de seus responsáveis, desejem concluir seu tratamento em regime domiciliar; e
- b) a liberação e a fixação do período de duração da assistência médico-domiciliar são prerrogativas da Seguradora, com exclusividade.

7. Ficarão mantidas as demais condições da apólice, principalmente as que se referem aos limites previstos para cada procedimento.

8. A inclusão das coberturas previstas neste aditivo, acordado através de proposta de seguro, implicará a cobrança de prêmio adicional ao custo de cada plano contratado na apólice. Este prêmio adicional está sujeito aos mesmos critérios de reavaliação previstos para o prêmio básico do seguro, definidos nas Condições Gerais, Cláusula 16, subitens 16.9, 16.10 e 16.11, e Cláusula 17.

Este aditivo terá início a partir de 01 de outubro de 1995.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1995.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

CONDIÇÃO PARTICULAR N°005

Fica pela presente condição, alterada alínea “b”, Cláusula 8 – Aceitação de Segurados -, das Condições Gerais passando a vigorar a seguinte relação:

- b) Segurados dependentes
 - Cônjuge ou Companheira(o);
 - Filhos até 30 (trinta) anos; e
 - Filhos inválidos de qualquer idade.

PARÁGRAFO ÚNICO - O Estipulante obriga-se, quando lhe for solicitado, a apresentar a Seguradora a comprovação da relação de dependência econômica e/ou jurídica prevista nesta cláusula, através da exibição dos seguintes documentos:

- Esposa: Certidão de Casamento
- Companheira: Carteira de trabalho aonde conste sua designação, Certidão de Nascimento de filho em comum ou declaração expressa do Estipulante.
- Filhos inválidos maiores de 30 anos: Comprovação de Imposto de Renda.

A presente condição, passa a vigorar a partir de 01 de abril de 1998.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas pela Condição Particular supra, continuarão em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 1998.

BRADESCO SEGUROS S/A

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR

Apólice N° 7799

Estipulante: **SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF**

CONDIÇÃO PARTICULAR N°006

Fica pela presente condição, entendido e acordado entre a Bradesco Seguros S.A. e o Estipulante supra citado que:

1. Em caso de morte do segurado principal (titular), será concedida a permanência dos seus dependentes no Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar, ficando sob responsabilidade do Estipulante o pagamento dos prêmios relativos ao grupo familiar.
2. A permanência dos dependentes filhos, será concedida até que este complete a idade prevista na condição particular nº 005 que é parte integrante deste contrato de Seguro Saúde.

A presente condição passa a vigorar a partir de 01 de abril de 1998.

Todas as demais cláusulas não-abrangidas pela Condição Particular supra, continuarão em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 1998.

BRADESCO SEGUROS S/A