



# CONDIÇÕES GERAIS

ASSISTÊNCIA CUIDADO E BEM-ESTAR

## **Sumário**

1.	Boas-Vindas.....	2
2.	Definições.....	2
3.	Serviços Oferecidos.....	3
4.	Exclusões para os Serviços .....	6
5.	Cancelamento, Suspensão do Produto e Reativação.....	7
6.	Proteção dos Dados Pessoais (LEI N° 13.709/2018).....	7
7.	Disposições Gerais.....	8

## 1. Boas-Vindas

Olá! Parabéns pela aquisição do seu **BEM-ESTAR BÁSICO INDIVIDUAL**. Esta solução foi criada para te ajudar a manter sua saúde e bem-estar em dia.

O **BEM-ESTAR BÁSICO INDIVIDUAL** é um Programa em parceria com a **REDE MAIS SAÚDE** que oferece um ecossistema de saúde que facilita o acesso a clínicas e laboratórios, que atendem nas diversas áreas da medicina tradicional e complementar. Entre outras esferas, ofereceremos aos clientes agendamento e acesso em diversas especialidades médicas sem sair de casa e na palma da mão. Nossos clientes também contam com uma gama de assistências e seguros para sua segurança.

O **Programa** oferece assistência, benefícios e desconto em saúde, **não se confundindo com um plano de saúde**. Da mesma forma, o programa não realiza intermediação financeira dos serviços e procedimentos realizados, sendo de responsabilidade do Parceiro de Saúde que presta os serviços realizar a cobrança de seus serviços nos meios de pagamentos disponíveis em seu estabelecimento. **Os serviços oferecidos não atendem urgências e emergências.**

Você terá os benefícios que apresentamos nessas Condições Gerais durante a vigência do seguro, estando alguns serviços atrelados ao acionamento de cobertura. Se tiver alguma dúvida, por favor, faça contato conosco através dos nossos canais de atendimento, ficaremos felizes em ajudar!

O acesso aos canais digitais se dará com login e senha. Nos canais digitais você terá disponível uma equipe multidisciplinar, orientada a realizar os serviços e agendamentos de saúde de forma humanizada, de acordo com a sua necessidade. O cliente receberá as instruções para acessar a plataforma digital. Assim que entrar, terá acesso aos serviços disponibilizados nesta Condição Geral. Cada um deles estão especificados a partir dos itens abaixo.

## 2. Definições

- A) **Canais digitais (Portal Web):** Ferramentas utilizadas para acessar os serviços do Programa, por meio celular, computador e/ou tablet.
- B) **Central de atendimento:** Canal de relacionamento que prestará todo o amparo ao **CLIENTE** em relação aos serviços disponibilizados neste Regulamento.
- C) **Condições Gerais:** Conjunto das cláusulas comuns a todas as modalidades e/ou coberturas do Programa de Assistência, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes.
- D) **Procedimentos:** Consulta e/ou procedimento realizado pelo Parceiro de Saúde no âmbito do Programa de Assistência.
- E) **Parceiros de Saúde:** Entende-se por PARCEIRO DE SAÚDE, os profissionais e

os estabelecimentos de saúde, terapias, bem-estar, odontologia, laboratórios, centro de diagnósticos e farmácias que prestarão atendimentos aos **CLIENTES** nos moldes do Programa. O **CLIENTE** efetua o pagamento diretamente ao PARCEIRO DE SAÚDE dos serviços. Todos os valores praticados nos serviços de medicina são estabelecidos com referência nas tabelas AMB, CBHPM ou até mesmo definidos diretamente pelo PARCEIRO DE SAÚDE. O Programa não limita a utilização por idade e doenças anteriores.

F) **Regulamento ou Termo:** Todo o disposto no presente documento.

G) **Titular:** Pessoa física, devidamente qualificada ao uso do Programa de Assistência e contratante do **SEGURO**.

H) **Cliente:** Entende-se por **CLIENTE**, a pessoa física, que usufrui do Programa por direito de uso.

### 3. Serviços Oferecidos

Descrição	Limite de Utilização	Cobertura
Agendamento de Saúde	Não aplicável	Titular
Subsídio de Medicamentos	2 acionamentos de R\$25/vigência	Titular

#### 3.1 AGENDAMENTO DE SAÚDE

Entendendo as necessidades de cada cliente, disponibilizamos uma equipe multidisciplinar capacitada para fornecer indicações de clínicas e serviços em determinada região, horário ou faixa de preço. Além disso, possibilitamos o acesso a descontos de até 80% no valor particular e oferecemos orientações sobre os serviços de saúde públicos e privados.

#### **Serviços que podem ser agendados:**

**Consultas:** Nosso serviço de Agendamento de Saúde, conforme a necessidade do paciente e a disponibilidade de agenda das clínicas, facilita o agendamento nas especialidades listadas abaixo, considerando a região, o horário, o preço e os descontos disponíveis.

Especialidades médica	
Alergia e imunologia	Homeopatia
Anestesiologista	Mastologia
Angiologia	Nefrologia
Cardiologia	Neurocirurgia
Cirurgia Vascular	Neurologia
Cirurgia Geral	Nutrologia
Cirurgia Pediátrica	Oftalmologia

Terapias
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia
Terapia Ocupacional

Cirurgia Plástica	Ortopedia e Traumatologia	<b>Odontologia</b>
Clínica Médica	Otorrinolaringologia	Odontologia - dentista
Dermatologia	Pediatria	Odontopediatria
Endocrinologia e Metabologia	Pneumologia	Ortodontia
Gastroenterologia	Psiquiatria	
Geriatrics	Reumatologia	
Ginecologia e Obstetrícia	Urologia	
Hematologia e Hemoterapia		

**Exames:** Exames Laboratoriais\* (ex. Hemograma, Glicemia), Exames de Imagem, Ressonância Magnética, Raio-X, Ultrassonografia, entre outros.

\*com possibilidade de coleta domiciliar, consulte disponibilidade em sua região.

**Serviços de Bem-Estar e Estética:** Acupuntura, Nutricionista, Massagem, Peeling, Pilates, RPG, Podologia, Alongamento Unha, Depilação, Design De Sobrancelha, Drenagem Linfática, Limpeza De Pele.

**Vacinas\*:** Hepatite A e B, HPV, Gripal, Tríplice Valente, Tríplice Viral, entre outras.

\*com possibilidade de coleta domiciliar, consulte disponibilidade em sua região.

**O Programa de Assistência não garante que toda e qualquer especialidade estará coberta no Programa de Assistência, tampouco realizará intermediação financeira ou financiamento dos serviços e Procedimentos realizados, sendo de responsabilidade exclusiva do profissional realizar a cobrança de seus serviços, conforme meios de pagamentos disponíveis em seu estabelecimento. Da mesma forma, não há qualquer regime de exclusividade com os PARCEIROS DE SAÚDE.**

#### **Regras do Serviço:**

- **Abrangência:** Nacional
- **Acionamento/Utilização:** Central de atendimento, WhatsApp ou canais digitais.
- **Comprovação de Agendamento:** Após o primeiro contato, o cliente receberá as opções de agendamento via canal escolhido. Fica a critério do **Cliente** escolher em qual clínica/laboratório de preferência e datas e horário compatíveis com suas necessidades. Após confirmação, o **Cliente** receberá uma Guia de Encaminhamento contendo os dados das clínicas/laboratório, horário do agendamento, valor cobrado pelo parceiro de saúde e valor que o **Cliente** irá pagar pelo **Programa de Assistência**.
- **Horário de Atendimento:** Atendimento 24x7x365, o atendimento poderá ocorrer através da central de atendimento, WhatsApp ou canais digitais.
- **Cancelamento:** Quaisquer pagamentos por serviços prestados ou bens

adquiridos junto aos Parceiros de Saúde são de inteira responsabilidade do **Cliente**, sendo efetuados diretamente ao **PARCEIRO**.

**Exclusões do serviço:**

- a. O **Programa de Assistência** não se responsabiliza pelos serviços e procedimentos médicos e/ou odontológicos, laboratoriais e hospitalares indicados, estando o atendimento destes subordinados as éticas dos respectivos órgãos de classe e do mercado;
- b. O **Programa de Assistência** não se responsabiliza por quaisquer despesas relacionadas ou não a prestação do serviço ou pela execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo;
- c. Aplicação de medicações ou qualquer outro serviço disponível nas clínicas, laboratórios e profissionais;
- d. Considerando que o pagamento é realizado diretamente pelo **Cliente** ao **PARCEIRO DE SAÚDE** no ato do atendimento, deverá o **Cliente**, a seu critério e do **PARCEIRO DE SAÚDE**, utilizar-se dos meios de pagamentos disponíveis para o adimplemento dos atendimentos. Na oportunidade do pagamento o **Cliente** deverá solicitar os recibos e comprovantes necessários a comprovação do serviço, não recaindo sobre o **Programa** quaisquer responsabilidades, diretas ou indiretas, sobre ônus fiscais e/ou parafiscais, e que sejam decorrentes da utilização dos serviços e produtos tratados neste instrumento;
- e. Fornecimento gratuito de medicações, materiais hospitalares ou qualquer outro tipo de produto comercializado nas clínicas, laboratórios ou profissionais indicados;
- f. Serviço não contempla intermediação financeira dos serviços utilizados, cabendo ao cliente efetuar o pagamento diretamente aos parceiros de saúde e sendo de responsabilidade do profissional que presta o serviço realizar a cobrança dos serviços de acordo com seus meios de pagamento disponíveis em seu estabelecimento comercial;
- g. O **Programa** não se responsabiliza, em nenhuma hipótese, por falhas, omissões ou ações dos Parceiros de Saúde, que são profissionais e empresas independentes, sendo eles os únicos responsáveis pela qualidade e segurança dos serviços e produtos oferecidos.

**3.2 SUBSÍDIO DE MEDICAMENTOS**

Permite ao Cliente o acesso a medicamentos prescritos exclusivamente em um Procedimento realizado no âmbito do Programa de Assistência, e, necessariamente, para tratamentos das doenças agudas e impreterivelmente para o uso domiciliar, prescritos pelos profissionais identificados pelo CRM/CRO

Entendem-se por tratamentos agudos, àqueles classificados como “condições agudas” causadas por infecções, traumas ou condições pós cirurgias de emergência, com quadro clínico em média de 15 a 45 dias e indicação de tratamento com auxílio de medicamentos para aliviar os sintomas de forma rápida e eficaz.

Esta assistência garante reembolso para medicamentos tarjados regulamentados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA, comercializados em redes de farmácias e drogarias.

#### **Documentos necessários para o acionamento:**

- Receita Médica assinada, datada e com carimbo do médico solicitante, devendo ser emitida pelo Parceiro de Saúde;
- Guia de Encaminhamento disponibilizada pela equipe e na confirmação do agendamento solicitado;
- Documento de Identificação com Foto e CPF;
- Telefone para Contato;
- Cupom Fiscal (emitido pela farmácia escolhida);
- Dados bancários do cliente.

#### **Regras do Serviço:**

- **Abrangência:** Todo território nacional.
- **Acionamento/Utilização:** O acionamento deverá ocorrer através da Central de Atendimento, e é necessário apresentar todos os documentos solicitados. O cliente terá até 30 (trinta) dias da data do atendimento para solicitação do reembolso. O prazo para análise e pagamento será de 15 (quinze) dias úteis.
- **Limite de até 2 utilizações de até R\$25 reais por vigência (12 meses) a contar da data de adesão ao programa, não sendo cumulativo.**

#### **Riscos Excluídos:**

O **programa de assistência** por sua característica, prevê a maior e mais completa abrangência de cobertura de medicamentos, cujo foco é o tratamento de doenças, e desta forma, para preservar as premissas atuariais previstas no cálculo do prêmio a ser investido na implementação deste produto e das coberturas oferecidas, alguns medicamentos ficam excluídos da cobertura total.

- Medicamentos que não constem na listagem ABCFARMA;
- Medicamentos cuja classificação comercial não esteja expressa na cobertura dos programas;
- Medicamentos de uso exclusivo em âmbito hospitalar emergencial ou de internação hospitalar (Não domiciliar);
- Medicamentos prescritos para tratamentos patológicos/doenças pré-existentes e/ou os utilizados para tratamentos de lesões decorrentes de acidentes pessoais ocorridos anteriormente a contratação dos serviços, das quais é portador o cliente;
- Medicamentos para tratamento de uso contínuo;
- Os excepcionais, entendidos como aqueles de alto custo destinados ao tratamento de doenças raras, mesmo que dispensados em farmácias;
- Contraceptivos e os hormônios;
- Vitaminas e nutracêuticos;
- Medicamentos para tratamento estético, rosáceas, obesidade, tabagismo etc.;
- Vacinas.

#### **4. Exclusões para os Serviços**

- a) Atendimento médico ou odontológico de urgência ou emergência;
- b) O **Programa de Assistência** não se responsabiliza em caso de eventuais atrasos, inviabilidade ou impossibilidade na prestação do serviço ocasionado por motivo de caso fortuito ou de força maior. Ficam definidos, desde já, como casos fortuitos e de força maior, nos termos do código civil, os eventos que

- causem embarços, impeçam a execução do **Programa de Assistência** ou coloquem em risco a segurança do responsável, filhos ou terceiros;
- c) O **Programa de Assistência** não se responsabiliza por quaisquer despesas relacionadas ou a não prestação do serviço ou pela execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;
  - d) Procedimentos que caracterizem má-fé ou fraude do cliente na utilização do **Programa de Assistência**, ou por qualquer meio, bem como se o cliente procurar obter benefícios ilícitos do serviço.

## **5. Cancelamento, Suspensão do Produto e Reativação**

Se houver interesse no cancelamento do Programa de Assistências, o Cliente deverá solicitar o respectivo cancelamento diretamente junto a loja ou diretamente junto ao representante de seguros com o qual adquiriu o **SEGURO**, cujo Programa de Assistências está associado. Quaisquer pagamentos por serviços prestados ou bens adquiridos junto aos **PARCEIROS DE SAÚDE** são de inteira responsabilidade do **Cliente**, sendo tais pagamentos efetuados diretamente ao **PARCEIRO DE SAÚDE**. O **TITULAR** fica ciente, desde logo, que seu desligamento do programa não o exime da obrigação de pagar eventuais serviços já prestados pelos **PARCEIRO DE SAÚDE**

Após o CANCELAMENTO, o CLIENTE TITULAR só poderá contratar novamente o produto após 3 MESES. A ELEGIBILIDADE contará a partir do momento de adesão do cliente.

O **TITULAR** fica ciente que seu desligamento não o exime da obrigação de pagar integralmente as mensalidades já vencidas.

O administrador do **PROGRAMA** poderá rescindir o presente Contrato, mediante simples denúncia notificada à parte contrária, nas seguintes hipóteses:

1. Por fraude comprovada, perdendo todos os **CLIENTES**, quaisquer direitos previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais;
2. Por não pagamento da mensalidade por período superior a 5 (cinco) dias, consecutivos ou não, desde que o **CLIENTE** seja comprovadamente notificado pelo administrador do programa.

A solicitação de cancelamento poderá ser feita através da central de atendimento pelo número 0800 000 3487.

## **6. Proteção dos Dados Pessoais (LEI Nº 13.709/2018)**

O **Programa** atua em conformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados.

O **Programa** adota medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito

## **7. Disposições Gerais**

O **CLIENTE** concorda plenamente com todos os termos dessas Condições Gerais e declara ter ciência que o **BEM-ESTAR BÁSICO INDIVIDUAL**:

- (i) Através de seu programa oferece assistência, benefícios e desconto em saúde, não se confundindo de nenhuma maneira com um plano de saúde.
- (ii) Não custeia ou subsidia o pagamento por serviços e procedimentos médicos e odontológicos prestados no âmbito deste Programa de Assistência, de forma que os **CLIENTES** se responsabilizam pelo pagamento de todo e qualquer custo envolvido nos Procedimentos realizados diretamente ao **PARCEIRO DE SAÚDE**.

O **BEM-ESTAR BÁSICO INDIVIDUAL** não presta qualquer serviço de natureza médica e/ou odontológica, hospitalar ou ambulatorial, de urgência ou emergência e nem fornece qualquer bem ou produto, não podendo ser responsabilizada por eventuais falhas, faltas, ações ou omissões do **PARCEIRO DE SAÚDE**, cuja natureza se reveste de total independência, responsabilizando-se estes, assim, integralmente pelos serviços prestados.

O **TITULAR** declara para os devidos fins que as informações aqui prestadas e que integram o contrato são a expressão da verdade, sendo que o mesmo se responsabiliza pela formal comunicação a empresa, em caso de eventual alteração em qualquer dos dados. Declara igualmente que os endereços indicados estão aptos a receber correspondências.

Os **PARCEIROS DE SAÚDE** indicados, assim como os benefícios oferecidos podem ser atualizados ou alterados sem aviso prévio pelo **BEM-ESTAR BÁSICO INDIVIDUAL**. Dúvidas e outras informações poderão ser esclarecidas por nossa central de atendimento e/ou através da loja/site do mesmo.

O Titular autoriza expressamente ao **BEM-ESTAR BÁSICO INDIVIDUAL** a enviar informações, promoções para sua caixa postal de e-mail e/ou celular. Por fim, ao aceitar o Programa de Assistência o Cliente concorda com os Termos descritos neste **CONTRATO**.

Este **CONTRATO** deverá ser interpretado de acordo com as leis do Brasil. Toda e qualquer disputa originária ou relacionada a este Contrato deverá ser exclusivamente trazida perante a corte de São Paulo.