



Índice

CLÁUSULAS	PÁGINA
PROPOSTA DE ADMISSÃO	03
CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVATIVO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
1ª QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA E DO CONTRATANTE	07
2ª ATRIBUTOS DO CONTRATO	07
3ª ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	07
4ª CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	08
5ª COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	08
6ª EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
7ª DURAÇÃO DO CONTRATO	14
8ª PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
9ª DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	15
10ª ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	17
11ª MECANISMOS DE REGULAÇÃO	20
12ª FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	22
13ª REAJUSTE	23
14ª FAIXAS ETÁRIAS	23
15ª CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	24
16ª RESCISÃO	25
17ª DISPOSIÇÕES GERAIS	26
18ª ELEIÇÃO DE FORO	28

Atenção, Muito Importante!

- 1 Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
 - **Cobertura Parcial Temporária - o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.**
 - **Agravo - acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais.**
- 2 No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 3 A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 4 Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- 5 A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.
- 6 **Leia com atenção para preencher corretamente a Declaração de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no Plano.**
- 7 A Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seus dependentes, ou responsável pelo titular, quando este for menor de 18 anos.
- 8 Ao preencher a Declaração de Saúde e assinar a proposta, o titular ou responsável pelo titular menor de 18 anos, assume a responsabilidade pelas informações registradas, inclusive com relação aos dependentes, conforme prevê o Artigo 1444 do Código Civil Brasileiro:
"Se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderá o direito às coberturas do Plano e pagará a mensalidade vencida".
- 9 Toda resposta afirmativa deve ser esclarecida, informando a ocorrência (doença ou deficiência, medicamentos utilizados, tratamento ou cirurgia realizados ou a realizar, problema de saúde e sintomas), a data da constatação da doença e a qual participante se refere.
- 10 Qualquer redução nos prazos de carência, constantes na Cláusula Decima Quarta das Condições gerais, só terá efeito após a apresentação da documentação necessária, a análise da proposta e a sua aceitação pela contratada.

Eu, _____

Estou ciente que:

1º A critério da Administração do Plano de Saúde Santa Casa de Santos, poderei ser chamado(a) para fazer o exame de perícia médica, em dia, hora e local pré-determinado.

2º Da cobrança de tarifa bancária referente à emissão do boleto para pagamento do Plano de Saúde Santa Casa de Santos.

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável (quando menor de 18 anos)

Oficial de Registro Títulos e Documentos e
Registro Civil das Pessoas Jurídicas de Santos/SP
Rua Amador Bueno n. 70 - Centro - CEP. 11013-150 - Santos/SP

Emol.	R\$ 163,85	Apresentado hoje, prenotado sob o n.
Estado	R\$ 47,07	559.239 e registrado em microfilme sob o
Ipesp	R\$ 34,53	n. 656.669 .
R. Civil	R\$ 8,46	
T. Justiça	R\$ 8,46	

Total R\$ 262,37
Selos e taxas
Recolhidos p/verba

Santos/SP, 03 de Setembro de 2014.
Ana Carolina Marins de Azevedo Soares Alvarenga
Substitua



COBERTURAS PARCIAIS TEMPORÁRIAS

ANS - nº 41.802-1

A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA AS PATOLOGIAS A SEGUIR RELACIONADAS E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, FICARÁ SUSPensa POR UM PRAZO DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES, QUANDO DA CONSTATAÇÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE.

Diabetes e complicações como:

Oftalmológicas, Vasculares, Neurológicas e as cirurgias das complicações do diabetes.

Câncer e complicações como:

Recidivas, Metástases, Cirurgias, Transplantes, Quimioterapia, Radioterapia, Imunoterapia.

Doenças cardíacas e complicações como:

Angina, Infarto, Edema Agudo, Marcapasso, Angioplastia, Próteses (válvulas/stent), Transplante, Cirurgias.

Doenças Vasculares e complicações como:

Aneurismas, Amputações, Revascularizações, Próteses Vasculares, Cirurgias das doenças vasculares.

Hipertensão Arterial e complicações como:

Derrame Cerebral, Crise Hipertensiva, Edema Agudo de pulmão.

Doenças do Pulmão e complicações como:

Asma Brônquica, Enfisema, Pneumonias, Doença Pulmonar Obstrutiva, Cirurgia das doenças pulmonares.

Doenças do Esôfago e complicações como:

Estenoses, Hérnia de Hiato, Intervenções Cirúrgicas e/ou Endoscópicas das doenças do esôfago.

Doenças do Estômago e complicações como:

Gastrites, Úlceras, incluindo as Intervenções Cirúrgicas e/ou Endoscópicas das doenças do estômago.

Doenças do Intestino e complicações como:

Doença inflamatória e diverticular, Úlceras, Intervenções Cirúrgicas e/ou Endoscópicas do intestino.

Doenças do Fígado e complicações como:

Hepatites, Cirrose, Varizes de esôfago, Transplante de fígado.

Doenças Otorrinolaringológicas e complicações como:

Sinusites, Adenoamigdalites, Desvio de Septo, Tumores, Cirurgias das doenças otorrinolaringológicas.

Doenças do Pâncreas e complicações como:

Pancreatite, Cistos Pancreáticos, incluindo as Intervenções Cirúrgicas das doenças do pâncreas.

Doenças do Rim e complicações como:

Insuficiência Renal, Diálises, Transplante, Cálculo, Litotripsia, Intervenções Cirúrgicas endoscópicas do rim, e do trato urinário.

Doenças Reumatológicas e complicações como:

Lupus, Artrite, Esclerodermia, Artrose, Próteses cirúrgicas e Artroscopias dos ossos, articulações.

Doenças Neurológicas e complicações como:

Epilepsia, Doença Convulsiva, Parkinson, Esclerose Múltipla, Cirurgias das doenças neurológicas.

Doenças psiquiátricas e complicações como:

Depressão, Psicoses, Alcoolismo, Uso de drogas.

AIDS e complicações como:

Infecção Respiratória, Infecção do Trato Gastrointestinal, do Sistema Nervoso Central, Tuberculose, Toxoplasmose, Tumores, Tratamentos Quimioterápicos.

Hepatite e complicações como:

Cirrose, Varizes de Esôfago, Transplante de fígado, Cirurgias e / ou Endoscopias das doenças do fígado.

Esquistossomose e complicações como:

Ascite, Varizes de Esôfago, incluindo as Intervenções Cirúrgicas e / ou Endoscópicas destas complicações.

Doença de Chagas e complicações como:

Doença Cardíaca, Marcapasso, Intervenções Cirúrgicas, para correção de Megaesôfago e Megacolon.

Doenças Oftalmológicas e complicações como:

Ceratocone, Catarata, Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia, Transplantes e Cirurgias das doenças oftalmológicas.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA AS PATOLOGIAS ESPECÍFICAS

Litíase Biliar - Intervenções Cirúrgicas e Endoscópicas de cálculo biliar e suas complicações.

Hipertrofia Prostática - Intervenções Cirúrgicas e Endoscópicas da próstata e suas complicações.

Cisto de Ovário - Intervenções Cirúrgicas e Laparoscópicas e suas complicações.

Mioma - Intervenções cirúrgicas e suas complicações.

Incontinência Urinária - Intervenções Cirúrgicas para correção de incontinência urinária e do períneo, suas complicações.

Hérnia Umbilical - Intervenções Cirúrgicas para a correção da hérnia umbilical e suas complicações.

Hérnia Inguinal - Intervenção Cirúrgica para correção de hérnia Inguinal e suas complicações.

Hérnia Incisional - Intervenção Cirúrgica para correção de hérnia incisional e suas complicações.

Hérnia de Disco - Intervenção Cirúrgica para correção de hérnia de disco e suas complicações.

Varizes, Veia Varicosa e Úlcera - Intervenção Cirúrgica para tratamento de varizes, veias, úlceras varicosas e suas complicações.

Tireóide - Intervenção Cirúrgica da Tireóide e suas complicações.

Hipófise - Intervenção Cirúrgica da hipófise e suas complicações.

Caso o Proponente titular opte pelo agravamento das doenças e lesões preexistentes, torna-se sem efeito o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de carência, aplicando-se apenas e tão somente os prazos de carências originais, previstos na cláusula nona.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

Protocolo ANS nº 41.802-1

EXECUTIVO Q OBSTETRÍCIA

PROTOCOLO Nº 458.386/08-8

PLANO INDIVIDUAL / FAMILIAR

Nº CONTRATO: _____

VIGÊNCIA: _____

Cláusula Primeira QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA E DO CONTRATANTE

- 1.1. A **Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos**, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente **Plano de Saúde Santa Casa de Santos**, inscrita no CNPJ/MF sob nº **13.001.218/0001-02**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. **41.802-1** e classificada na modalidade Medicina de Grupo com sede à Rua Vasconcelos Tavares nº 02 - Centro - Santos - S.P. - CEP 11010-110 e do outro lado, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** Proponente, entendido como o consumidor que apresenta à **OPERADORA** Proposta de Admissão, que passa a fazer parte integrante deste contrato, contendo seus dados pessoais.

Cláusula Segunda ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 2.1. O objeto do contrato é a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais médico-hospitalares na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98.
- 2.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula Terceira ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

- 3.1. Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: **Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente.**

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Cláusula Quarta

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

4.1. São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

4.1.1. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda.

4.1.2. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

4.1.2.1. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Cláusula Quinta

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. Os beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde terão direito ao atendimento médico-hospitalar e ambulatorial a ser efetuado em rede própria ou credenciada da CONTRATADA. O atendimento acima referido será efetuado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

5.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

5.3. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

5.4. DA COBERTURA AMBULATORIAL

- a) Procedimentos realizados em consultório ou ambulatório (definidos e listados no Rol de procedimentos da ANS);
- b) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas credenciadas pela CONTRATADA, inclusive obstétricas para pré-natal, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- c) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- e) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos da ANS, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- f) Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- g) atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - atividades educacionais;
 - consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
- h) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc...);
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - n.º 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

i) Atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

- atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativos;
- tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

5.5. DA COBERTURA HOSPITALAR

INTERNAÇÕES HOSPITALARES em enfermaria, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, com a cobertura do rol de procedimentos vigentes e suas posteriores atualizações. Em caso de internação hospitalar estão incluídos:

- a) Havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, está garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional;
- b) Atendimento de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Atendimento de serviços médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no presente Contrato;
- e) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- f) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com a utilização de todos os meios, técnicas necessárias e disponíveis, para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

PLANO DE SAÚDE



O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

- h) Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- i) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- j) realização de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente;
- k) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- l) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:
- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral ou enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações e radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de fisioterapia.

5.5.1. TRANSPLANTES: Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de córnea, rim e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento,

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOS
O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

encontrando-se incluídas neste atendimento todas as despesas necessárias à realização do transplante e as com procedimentos vinculados, quando couber, tais como:

- despesas assistenciais com doadores vivos,
- medicamentos utilizados durante a internação,
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção,
- despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Os usuários, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

5.5.2. TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS se fará mediante: atendimento a tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas:

Em Regime Hospitalar, o atendimento será em hospitais especializados ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, da seguinte maneira:

- a) O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- b) O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.
- c) Caso, por indicação médica, a internação psiquiátrica exceda a cobertura integral de 15 (quinze) e 30 (trinta) dias, prevista acima, o Plano passará a cobrar uma co-participação de 100% (cem por cento) das despesas observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Serão atendidos por este Contrato, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento de regime de hospital-dia, os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F 29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

E ainda, cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

5.6. DA COBERTURA OBSTÉTRICA

Os beneficiários terão direito, à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da CONTRATADA, Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento.

Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) CONTRATANTE tenha incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

Cláusula Sexta

EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, as Resoluções e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências;

Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores; Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos, conforme indicação do médico assistente;

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetria

- Cirurgias para mudança de sexo;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Inseminação artificial;
- Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- Aplicação de vacinas preventivas;
- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- Transplantes, exceto os de córnea e rim, e os transplantes autólogos;
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- Procedimentos não relacionados no rol de procedimentos da ANS vigente na data do evento;
- E Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Cláusula Sétima

DURAÇÃO DO CONTRATO

- 7.1. Este contrato terá vigência inicial de I (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que correr primeiro.
- 7.2. Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

Cláusula Oitava

PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro:

Atendimento de urgências/emergências - 24 horas

Consultas Médicas - 30 dias

Exames Simples - 30 dias

Partos a Termo - 300 dias

Demais procedimentos - 180 dias

Cláusula Nona

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

9.1. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

9.1.1. Doenças ou Lesões Pré-existentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões pré-existentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

PLANO DE SAÚDE

O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

9.1.2. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

9.2. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

9.3. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

9.4. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Pré-existente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Pré-existente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

9656/

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

9.5. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

9.6. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

9.6.1. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

9.6.2. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

9.7. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Cláusula Décima

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1 EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, em regime ambulatorial

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

e de internação para casos de urgência e emergência, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Os atendimentos a que se refere o subitem anterior estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária.

10.2. Os casos de urgência e emergência quando ocorrerem nos períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária por doenças e lesões pré-existentes, terão cobertura em Regime Ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou internação, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ou do procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, passará a ser do paciente-beneficiário, não cabendo ônus à CONTRATADA.

10.2.1. Os casos de urgência e emergência quando ocorrerem da condição gestacional de paciente com plano hospitalar com cobertura obstétrica - porém ainda cumprindo período de carência - a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento em regime ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou internação, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ou do procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, passará a ser do paciente-beneficiário, não cabendo ônus à CONTRATADA.

10.2.2. Os casos de urgência, decorrentes de acidente pessoal, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência, terão o seu atendimento integralmente cobertos pelo presente Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do Contrato.

10.3. REEMBOLSO: Quando da impossibilidade comprovada de utilização, pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA, para atendimentos de assistência à saúde - relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato - em casos de urgência e de emergência, na área de abrangência geográfica de atuação da CONTRATADA, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

ANS - nº 41.802-1

experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela Própria de Reembolso da CONTRATADA, que será reajustada, anualmente, através do mesmo índice de reajuste das Taxas Mensais de Manutenção do Plano.

10.3.1. O reembolso das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias após a entrega à CONTRATADA, pelo (a) CONTRATANTE da seguinte documentação:

10.3.1.1. Atendimento de pronto socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

10.3.1.2. Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

10.3.1.3. Internação: nota fiscal do comprovante de pagamento, da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação.

Sem prejuízo dos documentos específicos acima, serão necessários também :

1. () Cópia do RG e Carteirinha do usuário.
2. () Correspondência do usuário solicitando e justificando a solicitação do reembolso.
3. () Relatório médico legível e detalhado solicitando e justificando o procedimento (com diagnóstico - CID).
4. () Data e hora de atendimento (Internação e alta).
5. () Discriminação das despesas (valor unitário e total).
6. () Relação dos exames e xerox dos resultados.
7. () Recibos originais referente ao tipo de reembolso solicitado.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de
Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 656.669

Não cabe reembolso nos seguintes casos:

1. Falta de qualquer documentação acima mencionada;
2. Recibo rasurado;
3. Xerox ou cópia do recibo sem autenticação no cartório;
4. Fora do prazo de 1 (Um) ano;
5. Atendimento prestado por médico ou entidade credenciada;
6. Atendimento prestado por profissionais não inscritos no Conselho Regional.
7. Diferença de honorários;
8. Toda e qualquer diferença motivada por uso de acomodação superior ao estabelecido em Contrato.
9. Despesas extraordinárias (EX.: copa, telefone, higiene pessoal.).

10.3.2. A entrega da documentação não significa que o reembolso está aprovado. A solicitação será analisada e aprovada se preencher normas do Plano e Contrato.

10.4. REMOÇÃO: Na hipótese da falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador do atendimento de urgência ou emergência, atestado pelo médico-assistente, ou pela necessidade de internação no caso de assistência ambulatorial, fica assegurada a remoção inter-hospitalar terrestre.

Fica garantida a remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários visando a continuidade do atendimento, só cessando a responsabilidade da Operadora sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em serviço prestador diferente daquele definido no item acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da continuidade do atendimento e da remoção.

Se não for possível à remoção sem provocar risco de vida do paciente e encontra-se o mesmo em período de carência, o CONTRATANTE e o serviço prestador, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

Cláusula Décima Primeira MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. Por determinação do (a) CONTRATANTE, ele (a) e seus dependentes serão inscritos no seguinte Plano, que dão direito a:

PLANO EXECUTIVO: consultas médicas, em números ilimitados, em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, expressamente indicados no "Manual de Orientação do Beneficiário", em anexo, com direito a internação hospitalar em apartamento privativo e a acompanhante. Os serviços de diagnóstico e tratamentos especializados serão realizados, a critério do

PLANO DE SAÚDE



O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

beneficiário, no Centro Médico da CONTRATADA e/ou nos serviços credenciados indicados no "Manual de Orientação do Beneficiário", em anexo.

11.2. Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

11.3. Para utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

Os serviços deverão ser realizados na rede credenciada da CONTRATADA, cabendo ao beneficiário fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, exceto em caso de urgência ou de emergência, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- cédula de identidade ou documento oficial similar do beneficiário;
- carteira de identificação do beneficiário, fornecida pela CONTRATADA, em vigor.

A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira adversa do acordado.

11.4. Todos os exames e procedimentos necessitam de autorização prévia, conforme elencado abaixo:

Exames e procedimentos simples - Constantes no Rol de Procedimentos da ANS - Autorização imediata em todos os postos de atendimento: Centro Administrativo, Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Santos e nos Centros Médicos.

Exames e procedimentos de alta complexidade - Constantes no Rol de Procedimento da ANS - Autorização liberada em 24 horas, após análise da auditoria em saúde, salvo os casos de urgência e emergência.

11.5. Em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e a CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido por ambas as partes. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, exceto nos casos em que o escolhido pelo beneficiário for da rede credenciada, e o terceiro será pago pela CONTRATADA.

11.6. Será entregue ao Beneficiário o GUIA MÉDICO, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

11.6.1. A divulgação da rede de prestadores de serviço dar-se-á por meio de livretos impressos, jornais de circulação mensal com atualização da rede credenciada e endereço eletrônico (www.planoscs.com.br).

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

11.6.2. A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar.

11.7.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Contratada providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Cláusula Décima Segunda

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão. Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

12.2. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

12.3. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

12.4. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.



ANS - nº 41.802-1

12.5. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

12.6. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

Cláusula Décima Terceira

REAJUSTE

13.1. Nos termos da Lei, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite do índice máximo autorizado pela ANS.

13.2. Na ausência de índice oficial da ANS, a operadora reajustará os valores da mensalidade adotando os seguintes critérios:

- a) Por nova determinação de órgão governamental federal ou,
- b) Pelos índices da FIPE-SAÚDE, divulgados mensalmente pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo e/ou pelo IGP-SAÚDE (Índice Geral de Preços - Saúde), divulgado mensalmente pela Fundação Getúlio Vargas, apurados num período de 12 (doze) meses, dentro de, no máximo, 15 (quinze) meses anteriores à data do referido reajuste ou;

Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

13.3. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes posteriores à assinatura deste instrumento terão o primeiro reajuste na data de aniversário do presente Contrato. Os valores relativos à taxa de inscrição serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

Cláusula Décima Quarta

FAIXAS ETÁRIAS

14.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

14.2. As variações por faixa etárias para os fins deste contrato atenderão os percentuais expressamente indicados na Proposta de Admissão Anexo I deste contrato.

PLANO DE SAÚDE

O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

ANS - nº 41.802-1

Faixas Etárias

- 1ª - de 0 até 18 (dezoito) anos;
- 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito anos de idade);
- 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- 8ª - de 49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- 10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

14.2.1. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

14.2.2. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

14.3. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

14.4. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

Cláusula Décima Quinta

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

9656/

ANS - nº 41.802-1

15.2. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

Cláusula Décima Sexta RESCISÃO

16.1. A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

16.2. O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

16.3. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a rescisão do contrato por fraude.

16.4. A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.

16.5. O BENEFICIÁRIO terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo.

Antes do término do prazo mínimo de 1(um) ano de vigência contratual é facultado ao CONTRATANTE denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à CONTRATADA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16.6. Na hipótese do CONTRATANTE solicitar a rescisão contratual nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrada pela CONTRATADA uma multa correspondente a 10% (dez por cento) do somatório das mensalidades vincendas ao final dos primeiros 12 (doze) meses, a título de perdas e danos.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

9656/

ANS - nº 41.802-1

15.2. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

Cláusula Décima Sexta

RESCISÃO

16.1. A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

16.2. O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

16.3. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a rescisão do contrato por fraude.

16.4. A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.

16.5. O BENEFICIÁRIO terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo.

Antes do término do prazo mínimo de 1(um) ano de vigência contratual é facultado ao CONTRATANTE denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à CONTRATADA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16.6. Na hipótese do CONTRATANTE solicitar a rescisão contratual nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrada pela CONTRATADA uma multa correspondente a 10% (dez por cento) do somatório das mensalidades vincendas ao final dos primeiros 12 (doze) meses, a título de perdas e danos.

PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA
DE SANTOSO MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

ANS - nº 41.802-1

Cláusula Décima Sétima

DISPOSIÇÕES GERAIS

- 17.1. Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.
- 17.2. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de 10% do valor da mensalidade, do plano ao qual o beneficiário está inscrito, vigente à época. O (A) CONTRATANTE admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.
- 17.3. Caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, tanto da parte hospitalar como de honorários médicos, diretamente perante o hospital.
São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja, os direitos emanados desta avença.
- 17.4. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, inclusive as que vierem integrá-lo.
- 17.5. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.
- 17.6. Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:
ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

PLANO DE SAÚDE

O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

ANS - nº 41.802-1

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Cláusula Décima Oitava

ELEIÇÃO DE FORO

18.1. Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do CONTRATANTE.

Santos, _____ de _____ de _____

Contratante

Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos - Contratada



O MELHOR ATENDIMENTO EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

Operadora: Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos

CNPJ: 13.001.218/0001-02

Nº de registro na ANS: 41802-1

Site: [http:// www.scssantos.com.br](http://www.scssantos.com.br)

Tel.: 13 3211 0600

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS				
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial				
		<table border="1"> <tr> <td>Com 30 participantes ou mais</td> <td>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td> </tr> <tr> <td>Com menos de 30 participantes</td> <td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td> </tr> </table>	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.	Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.			
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.			
Coletivo por Adesão						
Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.						

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP) conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento da cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declarados pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007.

Coletivo Empresarial

Com 30
participantes
ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos
de 30
participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.
A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.

Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de
Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N.º 656.669

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permitindo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

PLANO DE SAÚDE

O MELHOR ATENDIMENTO
EM PLANO DE SAÚDE

ANS - nº 41.802-1

Operadora: Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos

CNPJ: 13.001.218/0001-02

Nº de registro na ANS: 41802-1

Site: [http:// www.scssantos.com.br](http://www.scssantos.com.br)

Tel.: 13 3211 0600

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	7
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	7
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	20
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	7
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	8 à 13
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	13 à 14
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	15 à 17

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	15
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	20 à 22
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	7
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	23
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



ANS - nº 41.802-1

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.)* **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

ANS - nº 41.802-1

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - **Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - **Perfil Beneficiário**.

Beneficiário:

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF



DECLARAÇÃO

Declaro que ao preencher a presente Proposta de Admissão, recebi as respectivas Condições Gerais, que foram integralmente lidas, entendidas e por mim aceitas, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo apondo assinatura na presente proposta.

DECLARO AINDA, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS:

1. Que a CONTRATADA FACULTOU-ME a escolha de preencher a Declaração de Saúde com orientação do médico dela, CONTRATADA, ou com orientação do médico escolhido particularmente por mim mesmo (a) ou, ainda, abrir mão da utilização do profissional médico. Estou ciente dos termos do artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê:

“SE O BENEFICIÁRIO NÃO FIZER DECLARAÇÕES VERDADEIRAS E COMPLETAS, OMITINDO CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DA MENSALIDADE, PERDERÁ O DIREITO ÀS COBERTURAS DO PLANO E PAGARÁ A MENSALIDADE VENCIDA”.

2. Que tenho ciência e estou de acordo com as Condições Gerais e Particulares do contrato, inclusive quanto aos prazos de carência constantes na Cláusula Nona, não tendo qualquer dúvida quanto a sua aplicação, cabendo exclusivamente à CONTRATADA estabelecer qualquer redução naqueles prazos;

3. Que tenho ciência que a redução dos prazos ou isenção de carência não alteram as coberturas do Plano, permanecendo inalteradas as Exclusões e Limitações de Cobertura, expressas nas Condições Gerais do referido contrato;

4. Que estou ciente e de acordo que a eventual redução dos prazos de carência não são válidos para os casos de transplantes, renal e de córnea, exames de Ressonância Magnética e serviços de Braquioterapia e Câmara Hiperbárica, Cirurgia Cardíaca, Cineangiocoronariografia, Diálise Peritoneal, Hemodiálise, Quimioterapia e Radioterapia, permanecendo inalterados os prazos de carências indicados nas condições Gerais do Contrato;

5. Que tenho ciência que esta Proposta só terá validade após o pagamento do valor da primeira mensalidade e após a aceitação por parte da CONTRATADA, que se dará em prazo não superior a sete (7) dias da data da assinatura da proposta, tendo sua vigência iniciada no primeiro dia subsequente ao término dos sete (7) dias;

5.1. O prazo de sete (7) dias só poderá ser prorrogado caso seja necessária, a critério da CONTRATADA, a realização de perícia médica e/ou exames clínicos quando um ou alguns dos proponentes a beneficiários possuírem alguma doença ou lesão que possam ensejar o agravamento do valor da taxa mensal ou a Cobertura Parcial Temporária;

6. Que assinada esta proposta estou autorizando a CONTRATADA a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidações de qualquer assunto relacionado com o presente plano de saúde.

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL POR MENOR DE 18 ANOS