

**1- QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

702548

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como,

CONTRATADA, **ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DA SANTA CASA**  
NOME FANTASIA **PLANO SANTA CASA SAÚDE**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Endereço: **Rua Dr. Antônio Bento, nº 162, térreo, Vila Mathias**  
Cidade: **Santos**  
Estado: **São Paulo**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Classificação: **Medicina de Grupo**

neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, e de outro lado o CONTRATANTE, a **pessoa física devidamente qualificada na proposta de adesão anexa** ao presente instrumento, e que devidamente assinado pelas partes, faz parte integrante e indissociável para todos os fins de direito, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte

**2- DADOS GERAIS DO PLANO**

2.1. Nome Comercial do Plano:	<b>Personal Senior Standard</b>
2.2. Número de Registro na ANS:	<b>478.684/17-0</b>
2.3. Tipo de Contratação:	<b>Individual e Familiar</b>
2.4. Segmentação Assistencial:	<b>Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia</b>
2.5. Área Geográfica de Abrangência:	<b>GRUPO DE MUNICÍPIOS</b>
2.6. Área de Atuação:	<b>Santos / São Vicente / Praia Grande</b>
2.7. Padrão de Acomodação em internação:	<b>Enfermaria</b>
2.8. Formação de Preço:	<b>Pré-Pagamento</b>
2.9. Serviços e Coberturas Adicionais:	<b>Emergência Domiciliar</b>
2.10. Fator Moderador:	<b>Porta de Entrada: Santa Saúde Consultas, Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos e CoParticipação nas internações psiquiátricas após 30 dias de cobertura integral</b>

### 3- DO OBJETO E NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO E DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

702548

*Ass.*

3.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde tem por objetivo, garantir a cobertura dos custos assistenciais, ambulatorial, médico-hospitalar previstos em cláusula específica, por prazo ilimitado e sem limite financeiro, de todo o Rol de Procedimentos da ANS e suas posteriores atualizações, a todas as doenças listadas no CID-10, da Organização Mundial da Saúde, conforme dispõe o artigo 1º da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, pela CONTRATADA, aos beneficiários incluídos no presente plano, através de formulário próprio, que anexo ao presente faz parte integrante para todos os fins de direito, através de uma rede assistencial credenciada para tanto.

3.2. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde é bilateral, pois gera direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo os aderentes o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la, e de adesão, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

3.3. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde, e legislação específica que vier a sucedê-la.

3.4. Os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: **Santos, São Vicente e Praia Grande.**

### 4- DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.1. É considerado beneficiário TITULAR o CONTRATANTE, ou a pessoa física por ele indicado na proposta de adesão que faz parte integrante do presente contrato.

4.2. Consideram-se DEPENDENTES para fins e efeitos deste Contrato:

- a) Cônjuge ou convivente em união estável;
- b) Filhos naturais ou adotivos, solteiros até completarem 18 anos;
- c) Filhos naturais ou adotivos, solteiros até completarem 24 anos, desde que comprovadamente matriculados em curso universitário;

d) Filhos naturais ou adotivos, inválidos, de qualquer idade.

4.3. Os enteados, tutelados ou curatelados, ou menores sob guarda judicial, são equiparados a filhos para fins deste contrato, e deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Enteados: apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social, além dos documentos relacionados nas letras "b", "c" e "d" do item anterior;
- b) Tutelado ou Curatelado ou menor sob guarda: apresentação do termo de tutela, curatela ou de guarda judicial além dos documentos relacionados nas letras "b", "c" e "d" do item anterior.

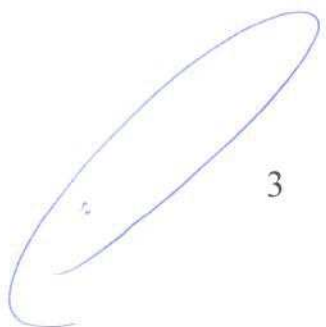
4.4. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir no momento da inclusão do beneficiário dependente, a comprovação de relação de dependência, aqui especificada.

4.5. Para a inclusão no plano, o CONTRATANTE, deverá preencher e assinar os formulários pertinentes à contratação e apresentar a seguinte documentação:

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes;
- b) cópia da certidão de casamento ou documento que comprove a união estável, para a inscrição do cônjuge ou convivente;
- c) cópia da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, para a inscrição de qualquer filho (a) até 18 anos;
- d) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, apresentar cópia do comprovante de matrícula em universidade para a inscrição do(a) filho (a) até 24 anos;
- e) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, tutela ou curatela, apresentar cópia do documento expedido pelo órgão oficial do Governo que comprove a invalidez permanente, nos termos da Lei 8.212 e 8.213/91, para a inscrição do filho(a) inválido(a);
- f) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA.

4.6. Poderão ser incluídos BENEFICIÁRIOS dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo CONTRATANTE e na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

- a) as MENSALIDADES deverão estar rigorosamente em dia;
- b) o (a) CONTRATANTE, deverá assinar Termo Aditivo de Inclusão; e



3

c) a MENSALIDADE deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor per capita, correspondente à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com a tabela vigente na época.

4.7. Em caso de inscrição de filhos adotivos do (a) beneficiário, menores de doze (12) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante.

4.8. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários DEPENDENTES que apresentar as seguintes situações:

- a) nos casos de morte;
- b) nos casos de perda da condição de dependente;
- c) nos casos de fraude DEVIDAMENTE comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente;
- d) nos casos de rescisão do presente Contrato, nas hipóteses legais;
- e) por solicitação unilateral do beneficiário, respeitado o disposto na Resolução Normativa RN 412/2016.

4.9. A solicitação de exclusão por solicitação do beneficiário deverá se dar através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 412/2016, e o seu efeito é imediato a partir da ciência da CONTRATADA.

4.10. O beneficiário TITULAR somente será excluído do plano nos casos de morte, solicitação espontânea de exclusão ou nos casos de rescisão do presente contrato permitida por lei.

4.11. A CONTRATADA para excluir o beneficiário em razão da fraude deverá aguardar o julgamento administrativo do processo para a apuração da fraude por parte da ANS.

4.12. A extinção do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito a manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção de obrigações decorrentes.

4.13. O previsto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento das mensalidades.

4.14. Quando da exclusão, deverão ser recolhidos à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver, de seus dependentes, sob pena de, havendo utilização indevida, se responsabilizar por quaisquer prejuízos que eventualmente venha a CONTRATADA sofrer.

## 5- DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação contratada, vigente na data do evento, e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do artigo 12, incisos I e II da Lei nº.9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do artigo 10-A da mesma Lei e o disposto na Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano.

5.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, observadas as seguintes coberturas:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de consulta 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, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS na época da vigência do Rol;
- c) cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, 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, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS na época da vigência do Rol;
- d) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- e) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD

RTDCPJ SANTOS  
MEDICALIME n.º  
702548

f) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, e previstos no Anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época;

5.3. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de acordo com a segmentação contratada.

5.3.1. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

5.4. Cobertura dos procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

I) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

II) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de Saúde;

III) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787/99;

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

- IV) radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial;
- V) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- VI) hemoterapia ambulatorial;
- VII) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

5.5. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo:

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) atendimentos à psicoterapia, em conformidade com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS vigente à época de contratação, que poderá ser realizada tanto psiquiatra ou médico devidamente habilitado;
- c) tratamento básico prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

5.7. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5.8. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

5.9. Garantia de acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos PREFERENCIAL ou CREDENCIADO pela CONTRATADA.

5.10. Fica garantida a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

5.11. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

CONDICÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD

8  
702548  
*[Handwritten signature]*

- 5.12. Fica garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.
- 5.13. Cobertura 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, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 5.14. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
- 5.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.
- 5.16. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
- 5.17. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 5.18. 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, cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 5.19. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

*[Handwritten signature]*  
8





7 0 2 5 4 8

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

5.20. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

5.21. Fornecimento, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

5.22. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia todos os procedimentos descritos Rol de Procedimentos vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento.
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física: aqueles listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de Rim, Córnea e transplantes autólogos e alogênicos, exceto medicação de manutenção;
- k) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

5.23. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo **custeio integral**, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato não cumulativo.

10  
RTDCPJ.SANTOS  
Microfilme n.º

702548

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

5.24. Para os casos em que o período de internação exceder o prazo definido acima, de cobertura obrigatória no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários ou pela CONTRATANTE, a coparticipação financeira de 50% (cinquenta por cento) da diária hospitalar, sendo que o percentual obedecerá ao normativo da ANS vigente a época da contratação.

5.25. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas.

5.26. Cobertura de hospital-dia para os transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida no Rol vigente à época do evento.

5.27. Os beneficiários do presente contrato terão direito à cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente a época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

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

5.28. Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.29. Os 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 - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

5.30. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

## 6 - DA COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

6.1. Estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais os beneficiários saibam ser portadores ou sofredores à época da sua inclusão no Plano de Saúde. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

6.2. Caso, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, seja declarada pelo CONTRATANTE ou beneficiário titular e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja constatada pela CONTRATADA através de exames clínicos e/ou laboratoriais ou perícias que algum(ns) dos beneficiários e/ou dependentes a serem inscritos, seja (m) portador(es) de qualquer doença ou lesão passíveis de procedimentos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia e de realização de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário titular deverá cumprir a cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão.

6.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária (CPT), a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à da doença ou lesão preexistente.

6.4. Decorridos os 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT), a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral.

6.5. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA optará pelo não fornecimento do Agravo.

## 7- DA ENTREVISTA QUALIFICADA

7.1. A CONTRATADA entregará ao CONTRATANTE, o formulário de Declaração de Saúde, para que possa preencher em seu nome e dos seus dependentes e deverá ser entregue junto com a Proposta de Adesão.

7.2. O beneficiário poderá escolher um médico dentre os pertencentes a rede credenciada da CONTRATADA para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde através de uma Entrevista Qualificada.

CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD

7.3. Caso opte por médico não pertencente a lista de credenciados da CONTRATADA para a realização da Entrevista Qualificada, o beneficiário deverá arcar com o ônus financeiro da consulta.

7.4. O CONTRATANTE ou beneficiário titular é obrigado a informar à CONTRATADA, no ato da sua inclusão e dos seus dependentes, quando solicitado, **a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura do Contrato, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.**

7.5. É facultado à CONTRATADA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários titulares e ou seus dependentes da CONTRATANTE, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

7.6. Fica expressamente vedada a alegação de doença e lesão preexistente após a Entrevista Qualificada se por ventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

7.7. A CONTRATADA reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente plano.

7.8. Caso seja identificado pela CONTRATADA, que o CONTRATANTE ou beneficiário titular omitiu a informação na declaração de saúde sobre a existência de doença preexistente, deverá notificar esse fato ao beneficiário por escrito, sobre o referido comportamento.

7.9. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na declaração de saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder à notificação da CONTRATADA no prazo de até 10 dias, contados do recebimento da notificação, para que, se for ofertada e não aceita a contratação de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

**7.10. Enquanto perdurar o processo administrativo junto à ANS não será permitida a suspensão do atendimento ao beneficiário ou a negativa de cobertura assistencial ou a exclusão do beneficiário do plano em razão da preexistência investigada.**

702548

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

7.12. Sendo julgada procedente a alegação da CONTRATADA, o contrato será rescindido e o CONTRATANTE passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação realizada pela CONTRATADA.

## **8- DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei 9.656/98, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais.

8.2. 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, observados os seguintes termos:

8.3. Os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, serão integralmente cobertos pelo presente contrato, após as 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário no plano.

8.4. Os casos de emergência, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou durante a Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

8.5. Em havendo acordo de cobertura parcial temporária para doença e lesões preexistentes transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de utilização de leitos de alta tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade ou de eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

8.6. Nas hipóteses de atendimento de emergência durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

## 9- DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTERHOSPITALAR

9.1. Está assegurada a cobertura da remoção em ambulância, comprovadamente necessária, do beneficiário com segmentação hospitalar, que já tenha cumprido o período de carência ou cobertura parcial temporária por lesão ou doença preexistente, apenas nas seguintes hipóteses:

a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizados dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado e da rede da CONTRATADA vinculado ao plano de saúde do beneficiário, preferencialmente a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, situada na Rua Doutor Claudio Luís da Costa n° 50 – Jabaquara – Santos;

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da CONTRATADA vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizados dentro da área de atuação do produto contratado, para outro hospital credenciado e da rede da CONTRATADA vinculado ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não vinculados ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede da CONTRATADA, localizados fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital credenciado e da rede da CONTRATADA vinculado ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, preferencialmente a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, situada na Rua Doutor Claudio Luís da Costa n° 50 – Jabaquara – Santos, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN n° 259, de 17 de junho de 2011;

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

RTDCPJ SANTOS  
... 702548

d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da CONTRATADA vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizados dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital da rede PREFERENCIAL do plano de saúde do beneficiário, preferencialmente a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, situada na Rua Doutor Claudio Luís da Costa nº 50 – Jabaquara – Santos;

9.2. Fica EXCLUÍDA a responsabilidade da CONTRATADA pela cobertura de remoção em ambulância nas seguintes hipóteses:

- a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento para outro quando não atendidas todas as condições de cobertura de remoção descritas nos itens anteriores desta cláusula;
- b) de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores dentro da área de atuação do produto contratado, conforme o disposto nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011;
- c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da CONTRATADA vinculado ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário e não pertencente à rede da CONTRATADA;
- d) nos planos da CONTRATADA que não forem de segmentação hospitalar, ressalvado os atendimentos de urgência e emergência na forma a abaixo assinalada;

9.3. Nos atendimentos de urgência e emergência ocorridos durante o prazo de Carência, ultrapassada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial ou antes desse período houver a necessidade de internação, ou relacionados à doença preexistente ocorridos durante os prazos de Cobertura Parcial Temporária e que resulte na necessidade de realização de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, o beneficiário terá direito, sob responsabilidade da CONTRATADA, à remoção em ambulância para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.

9.3.1. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a CONTRATADA, desse ônus financeiro.

9.3.2. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

9.3.3. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade distinta da do Sistema Único de Saúde – SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

## 10 – DO DIREITO AO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. Quando da impossibilidade de utilização pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados pela CONTRATADA dentro da área geográfica de abrangência do plano, para os atendimentos de urgência e de emergência, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela Própria de Reembolso do plano, constando a versão atualizada no site da operadora na internet, que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da CONTRATADA.

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

- a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) relatório do médico assistente, indicando a data do atendimento, a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico assistente especificando a razão da emergência;
- e) recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.

10.3. O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12 meses contados da data do atendimento.

10.3.1. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.



10.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo reembolso de despesas extraordinárias do beneficiário.

## 11 – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da CONTRATADA de cobrir os procedimentos relativos a:

- a) TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:
- a.1) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
  - a.2) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
  - a.3) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off - label);
- b) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, ou seja, aquele que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO E DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, e de importados nacionalizados, quando existir similar nacional com especificações semelhantes;

CONDICÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SANTOS  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICIA.º

Individual /familiar

PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD ° ° ° ° 702548

18

- f) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, isto é, prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos da ANS;
- g) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONITEC;
- h) FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- i) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- j) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- k) TRANSPLANTES, EXCETO DE CÓRNEA E DE RIM, BEM COMO, DOS TRANSPLANTES AUTOLOGOS E ALOGÊNICOS LISTADOS ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS VIGENTE À ÉPOCA;
- l) CONSULTAS E INTERNAÇÕES DOMICILIARES, INCLUSIVE HOME CARE;
- m) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;
- n) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS;
- o) ESTABELECIMENTO PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;
- p) DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DO BENEFICIÁRIO OU ACOMPANHANTE EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, TAIS COMO, TV, FRIGOBAR, LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, INTERNET, ENFERMAGEM PARTICULAR, ESTACIONAMENTO, MATERIAIS DE PERFUMARIA, ENTRE OUTRAS;

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
 HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICIA,  
 Individual /familiar  
 PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

- q) PROCEDIMENTOS RELACIONADOS NAS NORMAS REGULAMENTADORAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO NR-07 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO;
- r) REMOÇÃO POR VIA AÉREA;
- s) PARTOS A TERMO.

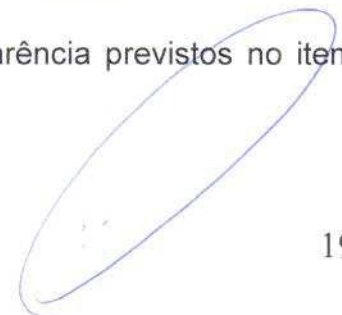
10.2. Entende-se como **PRÓTESE** todo e qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e, como **ÓRTESE** como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

**12 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA**

12.1. Para terem direito as garantias de coberturas de que trata o presente instrumento, os beneficiários deverão observar os seguintes prazos de carências:

Carência Padrão	COBERTURAS	Tipo de Carência
24 horas	ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E / OU EMERGÊNCIA, NA FORMA DA RESOLUÇÃO 13 DO CONSU	Nenhum
30 dias	CONSULTAS	Consultas
30 dias	EXAMES BÁSICOS	Exames Terapia Simples
60 Dias	EXAMES DE MEDIA COMPLEXIDADE	Exames de Média Complexidade
180 Dias	INTERNAÇÕES CLINICAS, CIRURGICAS OU PSIQUIATRICAS, TRANSPLANTE DE RIM E CORNEA TRANSPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSSEA	Internações clínicas e Cirúrgicas e Transplantes
180 Dias	DEMAIS COBERTURAS PARA EXAMES E TERAPIAS DE ALTA COMPLEXIDADE	Exames / Terapias de alta complexidade
720 Dias	DOENÇAS PRE-EXISTENTES DECLARADAS QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO PLANO	Doenças e Lesões preexistentes

12.1.1. As partes poderão pactuar a redução dos prazos de carência previstos no item 12.1. através de aditamento contratual.



12.2. O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data de inclusão do beneficiário titular ou dependente no plano.

### 13 – DA REDE PREFERENCIAL E CREDENCIADA DO PLANO

13.1. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários de seu Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência ora contratada, os centros médicos ambulatoriais, serviços auxiliares de diagnósticos, e os hospitais da rede PREFERENCIAL e CREDENCIADA da CONTRATADA, constantes do "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) da CONTRATADA.

13.1.1. A rede PREFERENCIAL consiste nos profissionais de saúde e estabelecimentos de serviços de saúde indicados expressamente no "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo da CONTRATADA ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)), e especialmente, em atendimento ambulatorial, a Clínica de Especialidades SANTA SAÚDE CONSULTAS, localizadas na Rua Dr. Antonio Bento, nº 162, 4º, 5º e 6º andares, Vila Mathias, Santos-SP e, em atendimento hospitalar, o Hospital da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, localizado na Rua Doutor Claudio Luís da Costa, nº 50, Jabaquara, Santos-SP.

13.1.2. A rede CREDENCIADA consiste nos demais profissionais de saúde e estabelecimentos de serviços de saúde referenciados pela CONTRATADA e indicados no "Guia Médico" localizados no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) da CONTRATADA.

13.1.3. A utilização dos profissionais de saúde e estabelecimento de serviços de saúde constantes da rede CREDENCIADA do plano deverá respeitar as regras de acesso e de porta de entrada previstas no presente Contrato.

13.2. A CONTRATADA manterá sempre atualizado em seu Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) a relação dos profissionais e estabelecimentos de serviços vinculados ao plano, para a consulta aos beneficiários do plano.

13.3. A CONTRATADA poderá proceder a substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços referenciados, constantes da rede PREFERENCIAL e CREDENCIADA desde que por outro equivalente.

7027548

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA -  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

13.4. A CONTRATADA deverá dar ciência aos beneficiários do plano a respeito da substituição dos profissionais e estabelecimentos de serviços de saúde na forma prevista na Resolução Normativa RN 365/2014 com antecedência mínima de 30 dias.

13.5. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita ao CONTRATANTE e à ANS, com antecedência mínima de 30 dias.

13.6. A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da ANS, proceder a redução da quantidade de hospitais referenciados.

13.7. Em ocorrendo as substituições das entidades hospitalares, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

13.8. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

13.9. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente-beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

#### **14 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

14.1. A CONTRATADA aos beneficiários inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário paciente com foto.

14.2. Em caso de perda ou extravio do Cartão de Identificação os beneficiários deverão comunicar imediatamente à CONTRATADA sob pena de responsabilizar-se pelo uso indevido.

14.3. A segunda via do Cartão de Identificação será cobrada do beneficiário na forma prevista no presente contrato.

## 15 - DAS REGRAS DE ACESSO À REDE e de UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

15.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, os beneficiários deverão observar as regras de acesso e de porta de entrada conforme o disposto nas cláusulas seguintes.

15.2. Em atendimentos ambulatoriais, o beneficiário inscrito no **PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD - REGISTRO NA ANS sob o nº 478.684/17-0** deverá, por meio dos Canais de Atendimento da CONTRATADA disponibilizados no "Guia Médico" e no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)), agendar consulta nas especialidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Geriatria ou Ginecologia obrigatoriamente na Clínica de Especialidades SANTA SAÚDE CONSULTAS, localizadas na Rua Dr. Antônio Bento, nº 162, 4º e 5º andares, Vila Mathias, Santos-SP, pertencente à rede PREFERENCIAL do plano, que o encaminhará, caso seja necessário, para o atendimento com o médico especialista da rede PREFERENCIAL ou, excepcionalmente, na sua falta ou indisponibilidade, na rede credenciada indicada no "Guia Médico" e no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)).

15.3. As regras de porta de entrada e de acesso aos serviços especificadas no item anterior são aplicáveis para as consultas médicas ELETIVAS.

15.4. Somente por meio do encaminhamento do profissional mencionado no item 15.2. é que o beneficiário poderá realizar a marcação de consultas nas demais especialidades médicas nos consultórios da rede CREDENCIADA.

15.5. As internações eletivas clínicas ou cirúrgicas se darão **EXCLUSIVAMENTE** no **Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos**, localizado na Rua Doutor Claudio Luís da Costa, nº 50, Jabaquara, Santos-SP, pertencente a rede PREFERENCIAL do plano, mediante prévia autorização da CONTRATADA.

15.6. Em que pese as ações de gerenciamento do plano especificadas nesta cláusula, o agendamento das consultas médicas, internações e demais procedimentos sempre observarão os prazos de que tratam a Resolução Normativa RN 259, de 20 de junho de 2011.



702548  
28

**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA -  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

15.7. Os casos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA poderão ser atendidos nos pronto-socorros dos Hospitais e pronto-atendimentos 24 horas pertencentes à rede PREFERENCIAL e/ou CREDENCIADA da CONTRATADA, constante do "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo da CONTRATADA ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)), dentro da área geográfica de abrangência do plano especificada neste instrumento.

15.8. Fica sempre reservado à CONTRATADA o direito de, a qualquer tempo, efetuar a remoção do beneficiário titular ou dependente, inclusive recém nato, internado em hospital da rede pública ou privada credenciada do plano, ainda que em centro de terapia intensiva, desde que o médico assistente concorde com a remoção e o paciente tenha condições clínicas para a transferência, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE ou beneficiário, para a **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos**, localizado na Rua Doutor Claudio Luís da Costa, nº 50, Jabaquara, Santos-SP, pertencente a rede PREFERENCIAL do plano.

15.9. A autorização de procedimentos, consultas e exames pela CONTRATADA será feita através de Senha ou Guia de Autorização, devendo o beneficiário entrar em contato com a CONTRATADA por meio dos Canais de Atendimentos disponibilizados no "Guia Médico" e no Portal Corporativo, informando o procedimento a ser solicitado e a hipótese diagnóstica através do código CID-10.

15.10. Quando do atendimento o beneficiário deverá apresentar ao profissional ou estabelecimento de saúde os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do beneficiário;
- b) Documento oficial de identidade do beneficiário-paciente com foto; e
- c) Senha ou Guia de Autorização.

15.11. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

15.12. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por conta do beneficiário, todas as despesas decorrentes da internação.

15.13. Em caso de internação hospitalar ELETIVA o beneficiário deverá apresentar ao hospital pertencente a rede PREFERENCIAL ou CREDENCIADA, além dos documentos de identificação, a Guia ou Senha de Autorização, devidamente emitida pela CONTRATADA na forma do disposto no item 15.11. desta cláusula.

15.14. Nas internações hospitalares feitas em caráter de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, as Senhas de Autorização serão obtidas diretamente pelo estabelecimento hospitalar da rede PREFERENCIAL ou CREDENCIADA por meio dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, e havendo a necessidade de prorrogação da internação, a entidade hospitalar deverá encaminhar à CONTRATADA o pedido de prorrogação devidamente justificado, sem prejuízo do disposto no item 15.8 desta cláusula.

15.15. A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário, tais como estacionamento, frigobar, tv, produtos de higiene pessoal, fraldas.

15.16. A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação à CONTRATANTE, para a correta utilização dos serviços contratados por parte dos beneficiários.

15.17. O CONTRATANTE se obriga a esclarecer, plenamente, os seus beneficiários sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

## 16- DA JUNTA MÉDICA

16.1. Em caso de divergência médica a respeito da adequação da indicação clínica do profissional assistente para as internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos ambulatoriais, tratamentos complementares, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional assistente, por profissional da CONTRATADA, e por um terceiro desempassador, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 424, de 2017.

16.2. A decisão tomada pela Junta Médica deverá ser acatada por todas as partes e não será passível de recurso.

16.3. Uma vez instalada a Junta, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempassador que indica a não realização



25  
7 0 2 5 4 8  
*Lu.*  
CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD

do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento de que trata a Resolução Normativa RN 259, de 2011.

16.4. A Junta Médica poderá ser instalada ainda à distância sem a presença do paciente junto ao profissional nomeado.

15.5. A CONTRATADA poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da Junta, desde que observados os prazos de garantia de atendimento previstos na Resolução Normativa RN 259, de 2011.

16.6. No caso de prescrição de órteses e próteses e Materiais Especiais - OPME, caberá ao profissional assistente justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

16.7. A Junta a respeito da prescrição de órteses, próteses e materiais especiais OPME, será obrigatoriamente instaurada quando o profissional assistente não indicar as 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, ou quando a CONTRATADA discordar das marcas indicadas.

## 17 - DO PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD

17.1. Os beneficiários inscritos no **PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD - REGISTRO NA ANS sob o nº 478.684/17-0**: terão direito a cobertura AMBULATORIAL e HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA e consultas médicas, em números ilimitados, realizadas **exclusivamente** na Clínica de Especialidades **SANTA SAÚDE CONSULTAS**, localizada na Rua Dr. Antônio Bento nº 162, 4º, 5º e 6º andar – Vila Mathias ou nos consultórios indicados pela CONTRATADA, e marcados através da CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS, conforme constantes do “Guia Médico” localizado no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) da CONTRATADA, **com direito exames complementares de diagnóstico e tratamentos especializados e internações hospitalares eletivas** na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizada na Rua Doutor Claudio Luís da Costa nº 50 – Jabaquara – Santos.

17.2. É assegurado aos beneficiários TITULARES e DEPENDENTES inscritos no **PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD - REGISTRO NA ANS sob o nº 478.684/17-0** o padrão de acomodação coletiva em enfermaria de 4 leitos em internação hospitalar.

## 18- DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

18.1. Os valores das MENSALIDADES *per capita* - constarão da proposta de adesão anexa ao presente Contrato e que pelas partes assinado fica fazendo parte integrante do mesmo - serão cobradas pelo sistema de **pré-estabelecido**, conforme a faixa etária do beneficiário.

18.2. A data para pagamento das MENSALIDADES será escolhida na proposta de adesão anexa ao presente instrumento.

18.3. Em caso de atraso no pagamento das MENSALIDADES, o CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.

18.4. Quando da adesão ao plano, será devida uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido na proposta de adesão, e o pagamento será feito juntamente com o pagamento da primeira MENSALIDADE.

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

18.6. O pagamento antecipado das MENSALIDADES não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

18.7. O pagamento da MENSALIDADE referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

## 19 - DOS REAJUSTES

19.1. A MENSALIDADE e os eventuais valores referentes de co-participação e franquia e a Tabela de Preços para novas adesões, serão reajustados, independentemente da idade ou faixa etária em que se enquadrar o (a) TITULAR e/ou seus dependentes inscritos no plano, de acordo com o índice editado pela ANS através de Resolução Normativa específica.

*[Handwritten signature]*

19.2. O reajuste a que alude a presente Cláusula, fica condicionado, nos termos da Lei no 9.656/98, à demonstração e aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. Os reajustes das MENSALIDADES e dos valores referentes a co-participação e franquia, bem como da Tabela de Preços para novas adesões, serão efetivados nos termos da Lei 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, NA DATA DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO, independentemente da data de inclusão do beneficiário.

19.4. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que o reajuste se dará com a menor periodicidade legalmente permitida.

19.6. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a MENSALIDADE será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última MENSALIDADE, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

Nº	Faixa Etária	Aplicação	Percentual de Acréscimo
1	00-18	NÃO TEM	0,00%
2	19-23	Ao completar 19 anos	0,00%
3	24-28	Ao completar 24 anos	0,00%
4	29-33	Ao completar 29 anos	0,00%
5	34-38	Ao completar 34 anos	0,00%
6	39-43	Ao completar 39 anos	0,00%
7	44-48	Ao completar 44 anos	0,00%
8	49-53	Ao completar 49 anos	0,00%
9	54-58	Ao completar 54 anos	0,00%
10	59 ou mais	Ao completar 59 anos	0,00%

19.7. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 não poderá ser superior a seis (6) vezes o valor da faixa 1, e que a variação acumulada entre a faixa 7 e a faixa 10, não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 e a faixa 7.

*[Handwritten signature]*

## 20 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO

20.1. O presente Contrato vigorará por prazo mínimo de 12 meses, com início a partir da assinatura da proposta de adesão ou do instrumento jurídico em si, ou a data do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

20.2. A renovação do contrato após o período de vigência inicial de 12 meses será automática, por prazo indeterminado sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor em razão da renovação.

## 21- DA RESCISÃO CONTRATUAL

21.1. O presente Contrato será rescindido por iniciativa da CONTRATADA de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, SOMENTE nas hipóteses seguintes:

- a) Por fraude cometida pelo CONTRATANTE quando do preenchimento da entrevista qualificada, para omitir doença e lesão preexistente, após a devida apuração processual por parte da ANS.
- b) E pelo atraso do CONTRATANTE, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades, desde que a CONTRATADA tenha notificado por escrito o CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

21.2. A rescisão contratual, por iniciativa do CONTRATANTE, somente poderá se dar mediante solicitação formalizada junto à CONTRATADA através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, ou através da área específica do PIN-SS no Portal Corporativo da CONTRATADA (planoscsantos.com.br).

21.3. Ocorrendo a rescisão do contrato por iniciativa do CONTRATANTE antes do período de vigência inicial 12 meses, será devido uma multa equivalente à 10% (dez por cento) da soma total das MENSALIDADES devidas até o término do prazo de vigência de 12 meses.

## 22 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS DE TRANSFERÊNCIA DE PLANO POR BENEFICIÁRIOS

22.1. Para a migração e adaptação de plano e portabilidade para outras Operadoras de Saúde serão observadas as resoluções normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, inclusive quanto aos requisitos, condições e prazos exigidos.

22.2. Para a transferência de plano de outra categoria comercializada pela própria CONTRATADA, o pedido só poderá ser formalizado pelo TITULAR, que esteja com suas obrigações contratuais em dia, no mês de aniversário do contrato e desde que tenha permanecido, no mínimo, doze meses na categoria anterior, estando ciente que implicará na transferência de todos os seus DEPENDENTES, com aproveitamento de carências e cobertura parcial temporária observadas as seguintes regras:

22.2.1. A carência ainda não integralmente cumprida pelo beneficiário, titular ou dependente, deverá ser observada na nova categoria de plano com cobertura idêntica com aproveitamento do período já cumprido;

22.2.2. A cobertura parcial temporária não integralmente cumprida pelo beneficiário, titular ou dependente, deverá ser observada na nova categoria de plano com cobertura idêntica com aproveitamento do período já cumprido;

22.2.3. Para a transferência de plano com coberturas não previstas em categoria anterior, será exigido o cumprimento integral do período de carência ou cobertura parcial temporária apenas para as coberturas acrescidas, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde.

## 23 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e em correspondência posterior complementar expressamente assinada entre a CONTRATANTE e CONTRATADA.

23.2. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas nos casos admitidos pela Lei e Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

23.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.



**CONDIÇÃO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MEDICA  
HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICIA  
Individual /familiar  
PLANO PERSONAL SENIOR STANDARD**

RTDCPJ SANTOS 30  
n.º 702548


23.4. A CONTRATADA não se responsabiliza por quaisquer informações ou promessas que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a CONTRATANTE e os beneficiários e que não sejam aqueles previstos neste contrato, exceto se previamente aprovados por escrito pela CONTRATADA.

**24 - DO FORO DE ELEIÇÃO**

24.1. As partes elegem, como privilegiado, o foro da sede da CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

As cláusulas destas Condições Gerais do Plano PERSONAL SENIOR STANDARD foram elaboradas em consonância com às disposições da Resolução Normativa RN 195, de 2009, Resolução Normativa RN nº 259, de 2011, Resolução Normativa RN nº 279, de 2011, Resolução Normativa RN nº 309, de 2012, Resolução Normativa RN nº 295, de 2012, Resolução Normativa RN nº 387, de 2015, Resolução Normativa RN nº 412, de 2016, Resolução Normativa nº 424, de 2017. e Anexo I da Instrução Normativa IN nº 23, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS e suas alterações, e encontra-se devidamente registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_.

Santos, 29 de maio de 2.018

 Paulo Wiazowski Filho  
PRESIDENTE  
Associação do Plano de Saúde  
Santa Casa de Santos

Oficial de Registro Títulos e Documentos e  
Registro Civil das Pessoas Jurídicas de Santos/SP  
Avenida Ana Costa, 146, sala 909 - Vila Mathias - CEP. 11060-000 - Santos/SP  
Emol. R\$ 224,20  
Estado R\$ 63,62  
Ipesp R\$ 43,74  
R. Civil R\$ 11,74  
T. Justiça R\$ 15,35  
M. Público R\$ 10,82  
ISS R\$ 4,70  
Total R\$ 374,17  
Selos e taxas Recolhidos p/verba

Apresentado hoje, prenotado sob o n. 606.432 e registrado eletronicamente sob o n. 702.548.

Santos/SP, 30 de Maio de 2018.  
Marcelo da Costa Marrenga  
Oficial



# Proposta de Admissão

PROPOSTA Nº

CONTRATO Nº

9656 /

ANS - nº 41.802-1

Plano de Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar Individual / Familiar  
Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos  
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei 9656/98 de 03/06/98

NOME DO PROPONENTE TITULAR				CPF TITULAR			
NOME DA MÃE				NOME DO PAI			
RESPONSÁVEL DO TITULAR MENOR DE 18 ANOS				CPF DO RESPONSÁVEL			
DATA NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS		SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO			
ENDEREÇO DE COBRANÇA (Rua, Avenida, Praça, etc)				NÚMERO	COMPLEMENTO (Apto., Sala, Bloco, etc)		
BAIRRO		MUNICÍPIO		CEP		U.F.	
TELEFONE RESIDENCIAL DDD <input type="text"/>		CELULAR DDD <input type="text"/>		EMAIL			
DEPENDENTES / NOME	SEXO M / F	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PARENTESCO	NOME DA MÃE		
01							
02							
03							
04							
05							
06							

CÓDIGO PARA INDICAÇÃO DO GRAU DE PARENTESCO

CÔNJUGE  FILHOS  PAIS  COMPANHEIRO (A)  OUTROS ↑

## TIPO DE PLANO

## TIPO DE PLANO/ VALOR DA MENSALIDADE(R\$)

## VALOR MENSAL DO AGRAVO

- A** PERSONAL AMBULATORIAL STANDARD  
REG. ANS Nº 478.881/17-5  
REG. RTD STOS XXX.XXX
- B** PERSONAL AMBULATORIAL EXECUTIVO  
REG. ANS Nº 478.880/17-7  
REG. RTD STOS XXX.XXX
- C** STANDARD HOSPITALAR  
REG. ANS Nº 475.654/16-1  
REG. RTD STOS XXX.XXX
- D** EXECUTIVO HOSPITALAR  
REG. ANS Nº 475.853/16-3  
REG. RTD STOS XXX.XXX
- E** PERSONAL SENIOR STANDARD  
REG. ANS Nº 478.884/17-0  
REG. RTD STOS XXX.XXX
- F** PERSONAL SENIOR EXECUTIVO  
REG. ANS Nº 478.882/17-3  
REG. RTD STOS XXX.XXX

DATA PGTO.

- 10
- 20
- 30

<input type="checkbox"/> TITULAR							
<input type="checkbox"/> DEP. 01							
<input type="checkbox"/> DEP. 02							
<input type="checkbox"/> DEP. 03							
<input type="checkbox"/> DEP. 04							
<input type="checkbox"/> DEP. 05							
<input type="checkbox"/> DEP. 06							
<b>TOTAL</b>							

<input type="checkbox"/> TITULAR							
<input type="checkbox"/> DEP. 01							
<input type="checkbox"/> DEP. 02							
<input type="checkbox"/> DEP. 03							
<input type="checkbox"/> DEP. 04							
<input type="checkbox"/> DEP. 05							
<input type="checkbox"/> DEP. 06							
<b>TOTAL</b>							

NO CASO DE TRANSFERÊNCIA DE PLANO, INFORMAR OS DADOS ABAIXO E ANEXAR CONTRATO E COMPROVANTE DOS 3 ÚLTIMOS PAGAMENTOS

NOME DO PLANO ANTERIOR	CONTRATO ANTERIOR Nº	DATA INÍCIO PLANO ANTERIOR	VALOR DA ÚLTIMA PARCELA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

JÁ FOI USUÁRIO DO PLANO DE SAÚDE SANTA CASA ?  SIM  NÃO

PREENCHER ESTES CAMPOS APÓS A PERÍCIA MÉDICA

DECLARO ESTAR CIENTE DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS E DOS PREÇOS:

- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇA / LESÃO PRÉ-EXISTENTE
- AGRAVAMENTO DE PRÊMIO PARA DOENÇA / LESÃO PRÉ-EXISTENTE

CÓDIGO DO CORRETOR Nº

TIPO DE VENDA  INTERNA  EXTERNA

LOCAL E DATA  
SANTOS, DE DE

VALOR DO 1º PAGAMENTO (MENSALIDADE+AGRAVO)  
R\$

DINHEIRO

CHEQUE

CHEQUE NUMERO

BANCO

Assinatura Proponente Titular ou responsável por menor de 18 anos

Validade da proposta / /

1ª Via - Operadora / 2ª via - Beneficiário

MÓD. XXX







Nº da Proposta Contratual

\_\_\_\_\_



## 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 do FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

### O que é o FORMULÁRIO DE 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 de 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 DOENÇA E/OU LESÃO DE 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 da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrições 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 no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

### AO NÃO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE 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.

### ATENÇÃO

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para doença ou lesão 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 o Formulário de 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](http://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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Consumidor/Beneficiário

Intermediário entre a operadora  
e o consumidor/beneficiário

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Local) (Data)

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



Formulário de Declaração de Saúde

(Folha 1/3)  
Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos  
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei 9656/98 de 03/06/98

Nº da Proposta Contratual



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, que neste caso as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, com sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
  - a. **Cobertura Parcial Temporária:** o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia, relacionados às doenças ou lesões declaradas, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
  - b. **Agravo:** acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa das doenças ou lesões preexistentes declaradas, após os prazos de carências contratuais;
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 e nem do atendimento.
5. A omissão de informação 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 à suspensão ou cancelamento do contrato. Neste 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 ou lesão preexistente declarada.

INFORMAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Titular	
	Data de Nascimento
Dependente 1	
	Data de Nascimento
Dependente 2	
	Data de Nascimento
Dependente 3	
	Data de Nascimento
Dependente 4	
	Data de Nascimento
Dependente 5	
	Data de Nascimento



Formulário de Declaração de Saúde

(Folha 2/3)

Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos  
CNPJ: 13.001.218/0001-02 – Lei 9656/98 de 03/06/98

Nº da Proposta Contratual



RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, ASSINALANDO COM (S) PARA SIM OU (N) PARA NÃO							
ITEM	TEM OU TEVE	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (pressão, asma, angina, infarto, arritmia, insuficiência cardíaca, derrame ou outras)? Especifique.						
2	Doenças das veias (varizes, trombozes, aneurisma, hemorroida ou outras)? Especifique.						
3	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireoide, obesidade, obesidade mórbida, emagrecimento acentuado ou outras)? Especifique.						
4	Doenças do aparelho respiratório (rinite, sinusite, asma, bronquite, enfisema, pneumonia, desvio de septo nasal ou outras)? Especifique.						
5	Doenças do aparelho digestivo (úlcera péptica, gastrite, diverticulite, cirrose hepática, colite, cálculo na vesícula ou outras)? Especifique.						
6	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical ou outras)? Especifique.						
7	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, cálculos, incontinência urinária, infecção renal, nefrite ou outras)? Especifique.						
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (da próstata, dos testículos, do pênis ou outras)? Especifique.						
9	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose ou outras)? Especifique.						
10	Doenças sexualmente transmissíveis (gonorreia, cancro e sífilis, outras) e/ou relacionadas ao vírus HIV? Especifique.						
11	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas ou outras)? Especifique.						
12	Tumores malignos (câncer)? Especifique o tipo e o local.						
13	Tumores benignos? Especifique o tipo e o local.						
14	Doenças reumáticas ou colagenoses (artrites, artrose, reumatismo, febre reumática, lúpus ou outras)? Especifique.						
15	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla ou outras)? Especifique.						
16	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, verrugas, quelóide, cistos, calos, xantelasma ou outras)? Especifique.						
17	Doenças infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especifique.						
18	Problemas ortopédicos, traumatismos ou fraturas (osteoporose, escoliose, osteomielite, hérnia de disco ou outras)? Especifique.						
19	Tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especifique.						
20	Apresenta algum tipo de dependência química (fumo, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas ou outras)? Especifique.						
21	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental ou outras)? Especifique.						
22	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (labirintite, perda de audição, adenóide, desvio de septo, amigdalite ou outras)? Especifique.						
23	Doenças dos olhos e anexos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina ou outras)? Especifique.						
24	Doenças ou malformações congênitas (de nascença) ou hereditárias, ou ainda sequelas de acidentes ou moléstia adquirida? Especifique.						
25	Sofreu ou sofre de alguma doença não relacionada acima e que tenha obrigado a internar-se ou a submeter-se a algum tipo de tratamento ou cirurgia? Especifique.						
26	Possui marca-passo ou algum tipo de órtese ou prótese (pinos, placas, parafusos ou outros)? Especifique.						
27	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especifique.						
28	Realiza ou realizou quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia? Especifique.						



**Formulário de Declaração de Saúde**

(Folha 3/3)  
Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos  
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei 9656/98 de 03/08/98

*Assinatura*

Nº da Proposta Contratual



RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, ASSINALANDO COM (S) PARA SIM OU (N) PARA NÃO							
ITEM	TEM OU TEVE	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
29	Qual o seu peso e o de seus dependentes (em Kg)?						
30	Qual a sua altura e a de seus dependentes (em metros)?						
31	Qual a sua idade e de seus dependentes (em anos)?						

Caso algum dos participantes desta proposta apresenta alguma resposta afirmativa nas situações acima, favor especificar abaixo a razão da mesma.

ITEM	BENEFICIÁRIO	DATA DO EVENTO	ESPECIFICAÇÕES

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviarem a SANTA CASA SAÚDE as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

- Declaro que dispensei a orientação de um profissional médico
- Declaro que fui orientado por médico da operadora
- Declaro que fui orientado por médico particular

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo com CRM







# PROPOSTA DE ADMISSÃO

## ANEXO I TABELA DE PREÇOS

PROPOSTA Nº / CONTRATO Nº

9656/

ANS - nº 41.802-1

MODALIDADE  
 INDIVIDUAL  
 FAMILIAR

NOME DO PLANO  
 STANDARD POP  PREFERENCIAL  EXECUTIVO  
 PERSONAL SENIOR STANDARD  PERSONAL SENIOR EXECUTIVO

PARA USO EXCLUSIVO DA SANTA CASA

CONTRATANTE (TITULAR)

NOME COMPLETO

### VALORES MENSAIS POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA	IDADE	VALORES
1ª	0 A 18 ANOS	
2ª	19 A 23 ANOS	
3ª	24 A 28 ANOS	
4ª	29 A 33 ANOS	
5ª	34 A 38 ANOS	
6ª	39 A 43 ANOS	
7ª	44 A 48 ANOS	
8ª	49 A 53 ANOS	
9ª	54 A 58 ANOS	
10ª	59 ANOS OU MAIS	

### VARIAÇÃO POR MUDANÇA FAIXA ETÁRIA

- DA 1ª PARA 2ª FAIXA
- DA 2ª PARA 3ª FAIXA
- DA 3ª PARA 4ª FAIXA
- DA 4ª PARA 5ª FAIXA
- DA 5ª PARA 6ª FAIXA
- DA 6ª PARA 7ª FAIXA
- DA 7ª PARA 8ª FAIXA
- DA 8ª PARA 9ª FAIXA
- DA 9ª PARA 10ª FAIXA

A VARIACÃO DO VALOR DA MENSALIDADE EM DECORRÊNCIA DA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA SERÁ AUTOMÁTICA E OBEDECERÁ AOS PERCENTUAIS DA TABELA ACIMA. ESTOU CIENTE QUE OS VALORES DA TABELA ACIMA NÃO INCLUEM OS AGRAVOS FINANCEIROS DECORRENTES DA EXISTÊNCIA DE DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.

VALORES DO CONTRATO (em R\$)

TOTAL DE MENSALIDADES

VENCIMENTOS DAS MENSALIDADES

10 20 30

### DECLARAÇÕES

NESTE ATO DECLARO QUE RECEBI AS DEVIDAS EXPLICAÇÕES PELO REPRESENTANTE E QUE ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DO CONTRATO, PRINCIPALMENTE QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA, EVENTOS EXCLUÍDOS E AGRAVOS FINANCEIROS POR DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES. DECLARO TER RECEBIDO A 2ª VIA DESTA PROPOSTA DE ADMISSÃO, E DO EXEMPLAR DO CONTRATO, COM TODAS AS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS DO RESPECTIVO.

RTDCPJ SANTOS  
 Microfilme n.º

... 702548

*[Handwritten Signature]*

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO CONTRATANTE