

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

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 como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica devidamente qualificada na Proposta de Adesão anexa à presente condições gerais, 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:

**1- DADOS GERAIS DO PLANO**

- |  |  |
|--|--|
| 1.1. Nome Comercial do Plano:            | <b>Standard Litoral - Individual / Executivo Litoral - Individual</b>  |
| 1.2. Número de Registro na ANS:          | <b>481.566/18-1 / 481.568/18-8</b>   |
| 1.3. Tipo de Contratação:                | <b>Individual e Familiar</b>   |
| 1.4. Segmentação Assistencial:           | <b>Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontológico</b>   |
| 1.5. Área Geográfica de Abrangência:     | <b>Grupo de Municípios</b>   |
| 1.6. Área de Atuação:                    | <b>Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente.</b>                    |
| 1.7. Padrão de Acomodação em internação: | <b>Enfermaria / Apartamento</b>  |
| 1.8. Formação de Preço:                  | <b>Pré-Pagamento</b>   |
| 1.9. Serviços e Coberturas Adicionais:   | <b>Emergência Domiciliar</b>   |
| 1.10. Porta de entrada:                  | <b>Rede Preferencial e Especialidades Médicas</b>  |
| 1.11. Fator Moderador:                   | <b>Coparticipação após 30 dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do contrato.</b> |

**2- DO OBJETO E NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO E DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA**

2.1. 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





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
 PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
 Individual / Familiar

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 da CONTRATANTE incluídos no presente plano, através de Proposta de Adesão, que assinada integrará este contrato para todos os fins de direito, através de uma rede assistencial credenciada para tanto.

2.2. 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 inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la, e de adesão, sujeito subsidiariamente às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

2.3. 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.

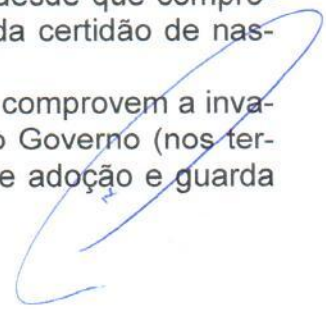
2.4. Os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: **Bertioga/SP, Cubatão/SP, Guarujá/SP, Itanhaém/SP, Mongaguá/SP, Peruíbe/SP, Praia Grande/SP, Santos/SP e São Vicente/SP.**

**3- DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

3.1. São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** deste contrato pessoas físicas que figurarem como **CONTRATANTES**, assim identificadas na Proposta de Adesão fornecida pela CONTRATADA que assinada integrará este instrumento, observadas as regras sobre a capacidade civil.

3.2. Consideram-se **DEPENDENTES** do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:

- a) Cônjuge ou convivente em união estável, mediante 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, vedada a presença concomitante de mais de uma pessoa nessa condição;
- b) Filhos naturais ou adotivos, solteiros, e até completarem 18 anos, devidamente comprovado através da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);
- c) Filhos naturais ou adotivos, solteiros, e até completarem 24 anos, desde que comprovadamente matriculados em curso secundário ou universitário, além da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);
- d) Filhos naturais ou adotivos, inválidos, de qualquer idade, desde que comprovem a invalidez permanente através de documento expedido por órgão oficial do Governo (nos termos da Lei 8.212 e 8.213), além da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);





RTIPPY SANTOS  
Microfilme n.º  
... 7 1 3 4 8 0

3

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

3.3. 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.

3.4. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir do BENEFICIÁRIO TITULAR no momento da inclusão do DEPENDENTE, a comprovação de relação de dependente especificada nesta cláusula.

3.5. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida e assinada pelo beneficiário titular e entregue para a CONTRATADA, juntamente com 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, ou documento médico atual e recente, em via original, atestando incapacidade total e definitiva, para a inscrição do filho(a) inválido(a);

f) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA.

3.6. Poderão ser incluídos DEPENDENTES, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR através da Proposta de Adesão, cujo preenchimento é obrigatório e na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

a) documentação comprobatória da qualidade de dependente listada no item anterior;

b) mensalidades deverão estar rigorosamente em dia;

c) assinatura de Termo Aditivo de Inclusão contendo os dados pessoais do beneficiário titular e de seus dependentes; e

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



Microfilme n.º  
713480  
**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

3.7. Não será permitida a inclusão de **DEPENDENTE** sem vínculo direto com o **BENEFICIÁRIO TITULAR** na forma descrita nas cláusulas acima ou em plano distinto deste.

3.8. Em caso de inscrição de filhos adotivos ou cuja paternidade tenha sido reconhecido judicial ou extrajudicialmente do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ou sob sua guarda ou tutela, **menores de doze (12) anos de idade**, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, pai, guardião ou tutor, desde que a inclusão ocorra em até **30 (trinta) dias** a contar da adoção, do reconhecimento, da guarda ou tutela, conforme o caso.

3.9. É assegurada a inscrição ao **recém-nascido**, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ou sob sua guarda ou tutela, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência se já cumprido o prazo de carência pelo beneficiário titular ou aproveitando o período já cumprido, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de **30 (trinta) dias** do nascimento ou da adoção, da guarda ou tutela, conforme o caso.

3.10. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários e seus dependentes que apresentarem as seguintes situações:

- a) nos casos de morte;
- b) nos casos de perda da condição de **DEPENDENTE** pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela, da guarda ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente;
- c) nos casos de fraude **DEVIDAMENTE** comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente;
- d) prática de outras fraudes ou infrações **DEVIDAMENTE** comprovadas, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem;
- e) nos casos de rescisão do presente Contrato;
- f) por solicitação unilateral do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, nos termos da Resolução Normativa RN 412/2016.

3.10.1. Nas hipóteses da alínea 'b' do item anterior, compete ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** informar a perda da qualidade do **DEPENDENTE** inscrito, podendo a **CONTRATADA**, a qualquer tempo, quando identificada a hipótese de exclusão, promover sua realização, sem prejuízo do disposto na cláusula 3.14.

3.10.2. Nas hipóteses da alínea 'c' do item anterior, a **CONTRATADA** para poder excluir o beneficiário titular e seus dependentes em razão da fraude por omissão de doença e lesão preexistente deverá aguardar o julgamento administrativo do processo para a apuração da fraude por parte da ANS.



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

3.10.3. Nas hipóteses da alínea 'f' do item anterior, 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.

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

3.12. A extinção do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR do plano familiar, inclusive por morte, não extinguirá o contrato, sendo assegurado aos DEPENDENTES já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com assunção das obrigações decorrentes, devendo ser identificado pelos DEPENDENTES o novo beneficiário titular do contrato, não se aplicando direito ora assegurado às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou pelo não pagamento das mensalidades.

3.13. Quando da exclusão, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá recolher e devolver 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.

3.14. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário titular e dependentes que perderam essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à CONTRATADA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR, ressarcindo a CONTRATADA por todos os prejuízos que de-rem causa.

#### 4- DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais e os atendimentos de urgência e emergência, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde bem como nas Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS para a segmentação contratada, vigente na data do evento, e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do artigo 12, inciso I da Lei nº.9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades da Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano.

4.2. 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, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;



... 7 134 80

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

- 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;
- 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;

4.3. 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.

4.3.1. 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.

4.4. 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:



RUBEN SANTOS  
Microfilme n.º  
7 1 3 4 8 0

7

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

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

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. 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.

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

- 4.10. Fica garantida a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- 4.11. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 4.12. Fica garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.
- 4.13. 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.
- 4.14. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
- 4.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.
- 4.16. 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.
- 4.17. 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.
- 4.18. 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.
- 4.19. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.



RUIZEL SANTOS  
Microfilme n. 713480

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

- 4.20. 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.
- 4.21. 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.
- 4.22. Para os casos em que o período de internação exceder o prazo definido acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários ou pela CONTRATANTE a co-participação financeira de 50% (cinquenta por cento) da diária hospitalar, sendo que o percentual obedecerá ao normativo da ANS vigente a época da contratação.
- 4.23. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas.
- 4.24. 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.
- 4.25. 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;
- 4.26. Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- 4.27. 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.
- 4.28. Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato, compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.



RTDCPJ SANTOS  
Microfilme n.º  
713480

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

4.29. 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.

4.30. Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológicos constante da Resolução Normativa RN 428 de 07/11/2017 e suas atualizações, regendo-se também, pelos dispositivos legais pertinentes, em especial pela Lei nº 9.656/98 e respectivos regulamentos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar –CONSU e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

5.1. 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 adesão ao Plano de Saúde. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

5.2. Caso, quando do preenchimento da proposta de adesão ao presente Contrato, ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretendo 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, por meio de declaração expressa.

5.3. 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.

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

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

5.6. Quando a inclusão do beneficiário ocorrer fora das hipóteses mencionadas no item anterior, serão aplicadas as regras de Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos casos de doenças ou lesões preexistentes declaradas.



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**6- DA ENTREVISTA QUALIFICADA**

- 6.1. A CONTRATADA entregará os formulários de Declaração de Saúde para que os beneficiários titulares possam preencher em seu nome e dos seus dependentes e deverá ser entregue junto com a Formulários de Inscrição.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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.
- 6.4. O 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 da qual seja portador ou seus dependentes, 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.**
- 6.5. É facultado à CONTRATADA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários titulares e/ou dependentes da CONTRATANTE, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes, sendo certo que a realização do exame ou perícia impedirá a alegação de DLP.
- 6.6. 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.
- 6.7. 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.
- 6.8. Caso seja identificado pela CONTRATADA, que o 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.
- 6.9. 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.



RTDCEJ SANTOS  
Microfilme n.º  
... 7 1 3 4 8 0

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**6.10. 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.**

6.11. Sendo julgada procedente, pela ANS, a alegação da Operadora, o beneficiário será excluído do plano, juntamente com seus dependentes, e 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.

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

7.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial 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 ou de complicações no processo gestacional.

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. Os casos de complicações no processo gestacional, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. Nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse



... 7 1 3 4 8 0 13

## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

período, houver a necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

7.8. Classificam-se como procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICOS cobertos pelo presente contrato após 24 horas do ingresso do beneficiário no plano:

- a) curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
- b) curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
- c) imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
- d) recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.
- e) tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.
- f) colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.
- g) incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
- h) incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
- i) reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

7.9. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

### 8- DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTERHOSPITALAR

8.1. 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 geográfica de abrangência do plano 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.º 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 geográfica de abrangência do plano 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;



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

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 geográfica de abrangência do plano 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 geográfica de abrangência do plano 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;

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 abrangência do plano 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 n° 50 – Jabaquara – Santos;

8.2. 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 geográfica de atuação do produto contratado, conforme o disposto nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN n° 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 geográfica de abrangência do plano 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;

8.3. Nos atendimentos de urgência e emergência na rede da CONTRATADA 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 ou ainda nos casos de complicações no processo gestacional, 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.



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

8.3.1. 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.

8.3.2. 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.

8.3.3. 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.

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

9.1. 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 e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso do plano, parte integrante do contrato disponível no portal ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)), que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da CONTRATADA.

9.2. 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/dentista assistente, indicando a data do atendimento, a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico/dentista assistente especificando a razão da emergência;
- e) recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos/dentistas assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando os serviços executados.

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

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

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**10 – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

10.1. 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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma 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;
- 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;





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

- m) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;
- n) ESTABELECIMENTO PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;
- o) DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DO BENEFICIÁRIO OU ACOMPANHANTE EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, TAIS COMO, TV, FRIGOBAR, LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, INTERNET, ENFERMAGEM/CUIDADOR PARTICULAR, ESTACIONAMENTO, MATERIAIS DE PERFUMARIA, PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, FRALDAS, ENTRE OUTROS;
- p) PROCEDIMENTOS RELACIONADOS NAS NORMAS REGULAMENTADORAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO NR-07 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO;
- q) REMOÇÃO POR VIA AÉREA;
- r) PROCEDIMENTO QUE EXIJAM FORMA DE ANESTESIA DIVERSA DA ANESTESIA LOCAL, SEDAÇÃO OU BLOQUEIO;
- s) EMBOLIZAÇÕES E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA;

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.

**11 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA**

11.1. 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 de cada beneficiário:

a) Assistência médica:

| 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 CLÍNICAS, CIRÚRGICAS OU PSIQUIÁTRICAS, 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           |
| 300 Dias        | PARTO A TERMO  | Parto  |
| 720 Dias        | DOENÇAS PRE-EXISTENTES DECLARADAS QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO PLANO OU ADMITIDAS COMO PREEXISTENTES PELOS BENEFICIÁRIOS | Doenças e Lesões pré-existentes                  |



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

b) Assistência odontológica:

| Carências Padrão | Cobertura Odontológica                             |
|------------------|--|
| 24 horas         | URGENCIA E EMERGENCIA                              |
| 30 dias          | CONSULTAS ODONTOLOGICAS                            |
| 90 dias          | CLINICA GERAL, ENDODONTIA, PERIODONTIA E CIRURGIA. |
| 180 dias         | PROTESE  |

11.2. As partes poderão pactuar a redução dos prazos de carência previstos no quadro acima através de aditamento contratual.

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

## 12 – DA REDE PREFERENCIAL E CREDENCIADA DO PLANO

12.1. 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, conforme abaixo discriminado e constante do "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) da CONTRATADA.

12.1.1. A rede PREFERENCIAL consiste no direcionamento por parte da CONTRATADA da realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a determinados profissionais de saúde e estabelecimentos de serviços de saúde da rede credenciada indicados expressamente no "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo da CONTRATADA ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)), sujeito a atualizações, constituindo mecanismo de hierarquização de acesso, conforme regulamentado na cláusula '*das regras de acesso à rede e de utilização dos serviços*'.

12.1.2. 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, conforme regulamentado na cláusula '*das regras de acesso à rede e de utilização dos serviços*'.

12.1.3. 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 porta de entrada da REDE PREFERENCIAL previstas no presente Contrato.

12.2. A CONTRATADA manterá sempre atualizada 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.





7 1 3 4 8 0 19

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

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

12.4. 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.

12.5. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita à CONTRATANTE e à ANS, assim como aos beneficiários do plano, com antecedência mínima de 30 dias.

12.6. 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.

12.7. 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.

12.8. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante o atendimento de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente contrato, o mesmo permanecerá até a resolução necessária conforme cobertura assistencial contratada, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

12.9. 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.

### 13 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

13.1. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários e dependentes Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessários, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário paciente com foto.

13.2. 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.

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**14 - DAS REGRAS DE ACESSO À REDE e de UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

14.1. 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.

14.1.1. **PLANO STANDARD:** nos atendimentos ambulatoriais, o beneficiário inscrito no plano standard deverá, por meio dos Canais de Atendimento da CONTRATADA disponibilizados no "Guia Médico" do Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) de sua categoria, agendar consulta nas especialidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Geriatria ou Ginecologia **obrigatoriamente** na **rede PREFERENCIAL** do plano, quando houver no município da prestação do serviço, 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, indicado no "Guia Médico" do Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) de sua categoria, sujeito a atualizações;

14.1.2. **PLANO EXECUTIVO:** nos atendimentos ambulatoriais, o beneficiário inscrito no plano executivo deverá agendar consulta nas especialidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Geriatria ou Ginecologia disponibilizadas no "Guia Médico" do Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) de sua categoria, por sua livre escolha, em toda a **rede CREDENCIADA**, que o encaminhará, caso seja necessário, para o atendimento com o médico especialista de toda a rede CREDENCIADA indicado no "Guia Médico" do Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)), sujeito a atualizações, conforme disponibilidade.

14.1.3. As regras de porta de entrada e de acesso aos serviços especificadas nos itens anteriores são aplicáveis para as consultas médicas ELETIVAS.

14.1.4. Somente por meio do encaminhamento do profissional mencionado nos itens 14.1.1 e 14.1.2. é que o beneficiário poderá realizar a marcação de consultas nas demais especialidades médicas.

14.2. As internações eletivas clínicas ou cirúrgicas no PLANO STANDARD e no PLANO EXECUTIVO se darão, mediante prévia autorização da CONTRATADA, no **Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos**, localizado na Rua Doutor Claudio Luís da Costa, nº 50, Jabaquara, Santos-SP, constituindo rede PREFERENCIAL para todas as categoriais de plano.

14.3. 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.



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

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

14.5. 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, para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizado na Rua Doutor Claudio Luís da Costa, nº 50, Jabaquara, Santos-SP e pertencente a rede PREFERENCIAL do plano.

14.6. A autorização de procedimentos 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.

14.7. 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;
- c) Senha ou Guia de Autorização, quando for o caso.

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

14.9. A 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.

#### 15- DA JUNTA MÉDICA e/ou ODONTOLÓGICA

15.1. Em caso de divergência médica e/ou odontológica 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 desempataador, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 424, de 2017.

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



## CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

15.3. Uma vez instalada a Junta, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento de que trata a Resolução Normativa RN 259, de 2011.

15.4. A Junta Médica e/ou Odontológica 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.

15.6. 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.

15.7. 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.

### 16 - DO PLANO 'STANDARD LITORAL – INDIVIDUAL' e 'EXECUTIVO LITORAL – INDIVIDUAL' e do PADRÃO DE ACOMODAÇÃO GARANTIDO EM INTERNAÇÕES

16.1. No momento de sua inscrição, o CONTRATANTE deverá optar pelos seguintes PLANOS:

16.1.1 **PLANO STANDARD LITORAL – INDIVIDUAL, com REGISTRO NA ANS sob o nº 481.566/18-1** com direito a cobertura AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO e consultas médicas, em números ilimitados, realizadas nos consultórios indicados pela CONTRATADA como REDE PREFERENCIAL, quando houver nos municípios de prestação do serviço e marcadas 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, sujeito a atualizações, **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, aplicando-se as cláusulas sobre '*da rede preferencial e credenciada do plano*' e '*das regras de acesso à rede e de utilização dos serviços*' conforme supra descritas.

16.1.2 **PLANO EXECUTIVO LITORAL – INDIVIDUAL, com REGISTRO NA ANS sob o nº 481.568/18-8** com direito a cobertura AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO e consultas médicas, em números ilimitados, em toda a REDE CREDENCIADA, conforme constantes do "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo ([www.planoscs.com.br](http://www.planoscs.com.br)) da CONTRATADA sujeito a atualizações, **com direito exames complementares de diagnóstico e tratamentos especializados e internações**



7 1 3 4 8 0 23

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**hospitales eletivas** na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizada na Rua Doutor Claudio Luís da Costa n.º 50 – Jabaquara – Santos, aplicando-se as cláusulas sobre '*da rede preferencial e credenciada do plano*' e '*das regras de acesso à rede e de utilização dos serviços*' conforme supra descritas.

16.2. É assegurado aos beneficiários TITULARES e DEPENDENTES o padrão de acomodação em regime de internação hospitalar conforme a categoria do PLANO:

16.2.1 **PLANO STANDARD LITORAL – INDIVIDUAL, com REGISTRO NA ANS sob o nº 481.566/18-1:** Acomodação coletiva em enfermaria de 2 a 4 leitos.

16.2.2 **PLANO EXECUTIVO LITORAL – INDIVIDUAL, com REGISTRO NA ANS sob o nº 481.568/18-8:** Acomodação individual em apartamento.

## 17- DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

17.1. Os valores das MENSALIDADES - constarão de documento que assinado fica fazendo parte integrante deste Contrato - serão cobradas pelo sistema de **pré-estabelecido**, conforme a faixa etária do beneficiário.

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

17.3. 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, acrescido de honorários advocatícios em 20% sobre o valor devido quando houver atuação profissional de advogado para a recuperação extrajudicial do crédito, por força do disposto nos artigos 389, 395 e 404 do Código Civil.

17.4. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de R\$ 15,00 (quinze reais) do valor da MENSALIDADE, devida pelo beneficiário, vigente à época da solicitação. Podendo ser reajustado anualmente, no primeiro trimestre do ano, pela aplicação do índice IPCA (índice de preços ao consumidor amplo) ou outro que vir a substituí-lo.

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

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

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
 PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
 Individual / Familiar

### 18 - DOS REAJUSTES

18.1. A MENSALIDADE e os eventuais valores referentes de coparticipação 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.

18.2. 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.

18.3. Os reajustes das MENSALIDADES e dos valores referentes a coparticipação 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.

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

18.5. 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              | NÃO TEM                 |
| 2  | 19-23        | Ao completar 19 anos | Acréscimo de 20,01%     |
| 3  | 24-28        | Ao completar 24 anos | Acréscimo de 20,00%     |
| 4  | 29-33        | Ao completar 29 anos | Acréscimo de 15,00%     |
| 5  | 34-38        | Ao completar 34 anos | Acréscimo de 15,00%     |
| 6  | 39-43        | Ao completar 39 anos | Acréscimo de 10,00%     |
| 7  | 44-48        | Ao completar 44 anos | Acréscimo de 15,01%     |
| 8  | 49-53        | Ao completar 49 anos | Acréscimo de 30,00%     |
| 9  | 54-58        | Ao completar 54 anos | Acréscimo de 35,00%     |
| 10 | 59 ou mais   | Ao completar 59 anos | Acréscimo de 35,00%     |

18.6. 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.



Microfilme n.º  
713480

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

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

19.1. 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.

19.2. 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.

### 20 - DA RESCISÃO CONTRATUAL

20.1. 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) 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 (ou, se superior, respeitando sempre o prazo de 10 dias para fins de purgação da mora), cumulado ou consecutivo.

b) 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.

c) Pela prática de outras fraudes DEVIDAMENTE comprovadas por parte do beneficiário titular e/ou seus dependentes, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem, indenizando a CONTRATADA por todos os prejuízos que derem causa.

20.2. 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](http://planoscsantos.com.br)).

20.3. 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.

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

21.1. 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.



F. 7 134-80

P L A N O



ANS nº 4.802-1

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

21.2. 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:

21.2.1. 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;

21.2.2. 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;

21.2.3. 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.

## 22- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. 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.

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

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

22.4. Nos termos do disposto no artigo 6º da Resolução RDC n.º 64, de 10 de abril de 2.001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas posteriores atualizações, as partes contratantes se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM n.º 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

22.5. 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.





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA  
Individual / Familiar

**23- DO FORO DE ELEIÇÃO**

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

As cláusulas destas Condições Gerais do Plano 'STANDARD LITORAL – INDIVIDUAL' e 'EXECUTIVO LITORAL – INDIVIDUAL' 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 295, de 2012, Resolução Normativa RN nº 428, de 2017, 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 Santos-SP sob o nº \_\_\_\_\_.

Presidente

Paulo Wiazowski Filho

ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAUDE SANTA CASA DE SANTOS



THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RECEIVED  
JAN 10 1964

TO THE DIRECTOR OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
FROM THE DEPARTMENT OF CHEMISTRY  
RE: [Illegible]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]