



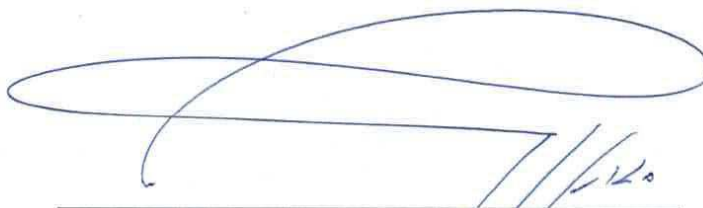
**ILUSTRÍSSIMO SENHOR OFICIAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DE SANTOS/ SP.**

A **ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAUDE DA SANTA CASA DE SANTOS**, com inscrição no CNPJ sob o n.º 13.001.218/0001-02, e registro de Operadora de Planos de Saúde, na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o n.º 41.802-1, com sua sede na Rua Doutor Antônio Bento, n.º 162, neste Município de Santos, SP, por seu Diretor Presidente, Dr. Paulo Wiazowski Filho, portador da Cédula de Identidade de RG. n.º 16.963.588-0, inscrito no CPF/MF nº 116.755.048-06, vem requerer de V. S., proceder ao REGISTRO PERANTE ESSE CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DE SANTOS/ SP, em atenção ao princípio da publicidade de seus atos, para todos os fins e efeitos de direito, de seu modelo padrão de plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico – Coletivo Empresarial bilateral ao **CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAUDE** nas seguintes modalidades registradas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob as denominações:

1. **PLANO Standard Pop Litoral – Coletivo Empresarial / Executivo Litoral – Coletivo Empresarial** - registrados sob nº 480.188/18-1 / 480.189/18-0

Pelo provimento.

Santos, 05 de dezembro de 2019.



Paulo Wiazowski Filho
Diretor Presidente

1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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: | Standard Pop Litoral / Executivo Litoral |
| 1.2. Número de Registro na ANS: | 480.188/18-1 / 480.189/18-0 |
| 1.3. Tipo de Contratação: | Coletivo Empresarial |
| 1.4. Segmentação Assistencial: | Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia |
| 1.5. Área Geográfica de Abrangência: | Grupo de Municípios |
| 1.6. Área de Atuação: | Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente. |
| 1.7. Padrão de Acomodação em internação: | Enfermaria / Apartamento |
| 1.8. Formação de Preço: | Pré-Estabelecido |
| 1.9. Serviços e Coberturas Adicionais: | Não tem |
| 1.10. Porta de entrada: | Rede Preferencial e Especialidades Médicas |
| 1.11. Fator Moderador: | Coparticipação após 30 dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do contrato. |

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

[Handwritten signature]

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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 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 formulário próprio, que anexo ao presente faz parte integrante 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:
- os empregados com vínculo celetista com a CONTRATANTE;
 - os servidores públicos com vínculo estatutário com a CONTRATANTE;
 - os empregados inativos, demitidos ou aposentados da CONTRATANTE, que optarem por permanecer no plano nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa RN 279/2011 da ANS;
 - os sócios e administradores da CONTRATANTE;
 - os agentes políticos;
 - os trabalhadores temporários da CONTRATANTE;
 - os estagiários e menores aprendizes da CONTRATANTE;

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

3.1.1. Para ser admitido como beneficiário titular, a CONTRATADA não poderá exigir outros requisitos que não os necessários para ingressar na pessoa jurídica CONTRATANTE.

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;
- 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);
- e) VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

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 da CONTRATANTE no momento da inclusão do beneficiário, a comprovação de relação de dependente, aqui especificada.

3.5. Não será permitida a inclusão ou a permanência do dependente sem a participação do beneficiário titular.

3.6. A CONTRATANTE providenciará a inclusão no Plano de Saúde dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, a qualquer tempo, através do Formulário de Inscrição própria da CONTRATADA, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes, cujo preenchimento é obrigatório.

3.7. Os formulários de Inscrição deverão ser preenchidos e assinados pelos beneficiários titulares e entregues para a CONTRATANTE, e posteriormente à CONTRATADA, juntamente com a seguinte documentação:

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes;
- b) cópia dos documentos que comprovem a relação de dependência mencionados nos itens 3.2 e 3.3 supra;
- c) outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da CONTRATADA;
- d) comprovação do vínculo do beneficiário titular na CONTRATANTE.

3.8. Poderão ser incluídos BENEFICIÁRIOS dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo beneficiário titular, respeitadas as cláusulas e regras previstas no presente Contrato e a análise da CONTRATADA.

3.9. 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.

3.10. As alterações no quadro de beneficiários titulares da CONTRATANTE, decorrentes de admissões ou demissões, serão comunicadas à CONTRATADA pela CONTRATANTE.

3.11. A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pela CONTRATANTE sendo que as exclusões serão processadas imediatamente após a comprovação da ciência da CONTRATADA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 412/2016, e as inclusões no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da solicitação de acordo com o cronograma desenvolvido pela CONTRATADA, mediante o envio eletrônico do relatório de movimentação cadastral do mês, acompanhado dos formulários digitalizados e devidamente assinados pelo beneficiário titular com toda a documentação necessária.

3.12. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, quando esta solicitar, cópia dos documentos mencionados no item anterior e de outros documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal, sempre que necessário.

3.13. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários que apresentarem as seguintes situações:

- a) perda do vínculo societário ou empregatício com a CONTRATANTE;
- b) nos casos de morte;
- c) nos casos de perda da condição de dependente por morte do titular, pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente;
- d) nos casos de fraude DEVIDAMENTE comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente;
- e) nos casos de rescisão do presente Contrato;
- f) nos casos do término do tempo de permanência como inativo de que trata os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou de inadimplência no pagamento das MENSALIDADES devidas, e ainda, nos casos de admissão do beneficiário TITULAR INATIVO em novo emprego, sendo

RIBSON SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

considerado este, o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

g) por solicitação unilateral do beneficiário, respeitado o disposto na Resolução Normativa RN 412/2016.

3.14. As exclusões dos beneficiários se operam **automaticamente**, independente de previa notificação ou anuência da CONTRATANTE ou do beneficiário, nos casos de:

- a) fraude, após a apuração processual da ANS;
- b) perda do vínculo jurídico do titular com a CONTRATANTE, caso não tenha optado em permanecer no plano como inativo nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e Resolução Normativa ANS 279/2011;
- c) perda da condição de dependência previsto neste contrato; e
- d) nas hipóteses previstas no item "f" do subitem anterior.

3.15. Nos demais casos, a exclusão dependerá de solicitação escrita e expressa anuência da CONTRATANTE.

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

3.17. Na hipótese prevista no item "g" do subitem 3.13. supra, caso a CONTRATANTE não notifique a CONTRATADA acerca da solicitação unilateral de exclusão do beneficiário do plano, em até 30 dias contados da sua formalização junto a CONTRATANTE, o beneficiário poderá solicitar a sua exclusão diretamente à CONTRATADA através dos canais de comunicação por esta disponibilizados. Para tanto deverá apresentar a comprovação de que solicitou a sua exclusão junto à CONTRATANTE, na forma prevista na Resolução Normativa RN 412/2016.

3.18. Para a CONTRATANTE excluir qualquer **beneficiário titular ATIVO** do plano deverá encaminhar à CONTRATADA, formulário específico com as seguintes informações:

- a) o motivo da exclusão, se por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o demitido ou exonerado já era aposentado e continuou trabalhando na CONTRATANTE;
- c) se o beneficiário a ser excluído contribuía para o financiamento do plano de saúde e qual o tempo de contribuição;
- d) se o beneficiário a ser excluído do plano optou pela sua manutenção como beneficiário INATIVO ou se recusou a manter essa condição.

3.19. A exclusão do beneficiário TITULAR ATIVO do plano, somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação documental de que o mesmo foi devidamente comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário INATIVO, bem como das informações previstas no item anterior.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

3.20. Enquanto não apresentada a documentação e as informações de que tratam os itens 3.18. e 3.19. desta Cláusula, a exclusão não será efetivada e a CONTRATANTE continuará a efetuar os pagamentos das mensalidades referentes a tais beneficiários, EXCETO NA HIPÓTESE DE EXCLUSÃO POR SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, em que se aplicam as regras previstas na Resolução Normativa RN 412/2016.

3.21. Fica pactuado que, havendo a redução do número de beneficiários superior a 15% (quinze por cento), a CONTRATADA poderá rescindir o presente Contrato, caso não seja possível o realinhamento do valor das MENSALIDADES.

3.22. Quando da exclusão, a CONTRATANTE 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.

3.23. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que perdeu essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à CONTRATADA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

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 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;
- 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

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

7

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 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:

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 co-

RTDCF SANTOS
Microfilme nº

... 720113

7

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

num 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 de mais 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, leostomia 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.

4.10. 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.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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.

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.

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

- 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:
- despesas assistenciais com doadores vivos;
 - medicamentos utilizados durante a internação;
 - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;
 - 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.
- 4.29. Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, vedada a alegação de Doença

RTDCFJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

ou Lesão Preexistente (DLP) e aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

4.30. 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.

4.31. 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 pretense 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. **Não haverá a exigência de CPT para o beneficiário** se quando da sua inclusão no contrato houver número igual ou superior a 30 participantes, desde que formalize o seu pedido de ingresso em até 30 dias contados da celebração do contrato ou de sua vinculação na CONTRATANTE.

RTDCFJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

5.7. 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.

6- DA ENTREVISTA QUALIFICADA

- 6.1. A CONTRATADA entregará a CONTRATANTE, 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,

RTDCFJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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.

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, realiza-

RTDCPJ SANTOS
Miamilma n.º

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

ção 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 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. Fica assegurada a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, desde que caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.

8.2. Nos atendimentos de urgência e emergência, ultrapassada às 12 horas de atendimento ambulatorial, ou antes desse período houver a necessidade de internação o beneficiário terá direito, sob responsabilidade da CONTRATADA, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

RTDC/SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

8.3. 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.

8.4. 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.

8.5. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, 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 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.

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.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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

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;

RTDCFJ SANTOS
Microfilme n.º

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

- 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) 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.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113





CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

11 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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	Doenças e Lesões preexistentes

b) Assistência odontológica:

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

11.1.1. As partes poderão pactuar a redução dos prazos de carência previstos no item 11.1. através de aditamento contratual.

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

11.3. Não haverá a exigência dos prazos de carências se quando da inclusão do beneficiário no contrato houver número igual ou superior a 30 beneficiários, desde que o beneficiário for-

RTDCFJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

malize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação na CONTRATANTE.

11.4. Para as inclusões formalizadas fora do prazo previsto no subitem anterior, ou ainda que dentro do prazo, porém, com número total de beneficiários inferior a 30, os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carência previstos na presente Cláusula.

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) 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), 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) 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) a relação dos profissionais e estabelecimentos de serviços vinculados ao plano, para a consulta aos beneficiários do plano.

12.3. A CONTRATADA poderá proceder a 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.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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 à CONTRATANTE, para entrega aos beneficiários, 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.

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.

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

RTDCFJ SANTOS
Microfilme nº

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

"Guia Médico" do Portal Corporativo (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) 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) 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), 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.

14.1.5. 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.

14.2. 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), dentro da área geográfica de abrangência do plano.

14.4. 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

RIDC/SANTOS
Miamfilme n.º

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

transferência, sem qualquer ônus para a 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 e pertencente a rede PREFERENCIAL do plano.

14.5. 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.

14.6. 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.

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

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 desempatador, 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.

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.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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 EMPRESARIAL STANDARD POP LITORAL / EXECUTIVO LITORAL e do PADRÃO DE ACOMODAÇÃO GARANTIDO EM INTERNAÇÃO

16.1. A CONTRATANTE inscreverá os beneficiários TITULARES e DEPENDENTES no **PLANO EMPRESARIAL:**

16.1.1 **STANDARD POP LITORAL - REGISTRO NA ANS sob o nº 480.188/18-1** com direito a cobertura AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA 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) 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 **EXECUTIVO LITORAL - REGISTRO NA ANS sob o nº 480.189/18-0** com direito a cobertura AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA e consultas médicas, em números ilimitados, em toda a REDE CREDENCIADA, conforme constantes do "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo (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

RTDCPJ SANTOS
Município de Santos

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

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 EMPRESARIAL**:

16.2.1 **STANDARD POP LITORAL - REGISTRO NA ANS sob o nº 480.188/18-1**: Acomodação coletiva em enfermaria de até 4 leitos.

16.2.2 **EXECUTIVO LITORAL - REGISTRO NA ANS sob o nº 480.189/18-0**: Acomodação individual em apartamento.

17- DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

17.1. Os valores das MENSALIDADES - constarão de documento anexo ao presente contrato e que pelas partes assinado fica fazendo parte integrante do mesmo - serão cobradas pelo sistema de **pré-estabelecido**.

17.2. O valor total da fatura mensal que a CONTRATANTE efetuará à CONTRATADA, resultará da multiplicação do número dos beneficiários ATIVOS pelo valor vigente no mês considerado, de acordo com a faixa etária do beneficiário.

17.2.1. Quando for adotado o critério de preço único (sem faixa etária) para os BENEFICIÁRIOS ATIVOS da CONTRATANTE, a metodologia utilizada para a fixação do referido valor será mediante cálculo atuarial (Precificador) que será apresentado no momento da contratação e assinado pelo CONTRATANTE.

17.2.2. Quando for adotado o critério de preço único, os beneficiários INATIVOS pagarão integralmente e diretamente à CONTRATADA os valores estabelecidos na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente contrato;

17.2.3. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que a este já estejam vinculados conforme RN 195/2009, RN 200/2009 e RN 204/2009 e posteriores alterações nas mesmas, exceto nos casos em que seja adotado o critério de preço único para os beneficiários ATIVOS, quando os beneficiários INATIVOS, demitidos e aposentados pagarão os valores estabelecidos na Tabela de Custos por Faixa Etária conforme autoriza a Resolução RN 279/2011.

17.3. O valor da remuneração contratual dos ATIVOS será discriminado em fatura emitida mensalmente.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

17.4. A CONTRATANTE é exclusivamente responsável pelo pagamento do valor total da fatura emitida pela CONTRATADA relativa as MENSALIDADES dos beneficiários ATIVOS, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que tratam dos demitidos e aposentados.

17.5. A data para pagamento das faturas será escolhida conforme registrado no documento de Proposta de Adesão.

17.6. Em caso de atraso na liquidação, a CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelo Índice Geral de Preço ao Mercado - IGPM, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.

17.7. A CONTRATANTE se obriga a pagar todos os impostos, taxas e contribuições que incidem ou venham a incidir sobre este contrato.

17.8. No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido pela CONTRATADA.

17.9. 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.

17.10. Os beneficiários INATIVOS, demitidos ou exonerados e aposentados, deverão pagar a MENSALIDADE estabelecida na Tabela de Custos por Faixa etária, dele fazendo parte integrante para todos os fins, devidamente atualizada, quando o valor para os ATIVOS for estabelecido por preço único, integralmente e diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável a eles as regras de pagamento constantes do Termo de Opção.

17.11. Em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelo Índice Geral de Preços ao Mercado - IGPM, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.

17.12. Em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, poderá suspender o atendimento aos beneficiários INATIVOS, independentemente de prévio aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, e permanecendo a inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme R R

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

18 - DOS REAJUSTES

18.1. Os reajustes financeiros e técnicos das MENSALIDADES dos ATIVOS e INATIVOS e da Tabela de Preço para novas adesões de ativos e da Tabela de Custo por Faixa Etária do Inativo, serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, na data de aniversário do contrato, independentemente da data da inclusão do beneficiário no plano.

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

18.3. Os critérios de aplicação de reajuste estabelecidos na presente Cláusula, foram fixados de acordo com a característica do plano coletivo empresarial para ATIVOS e INATIVOS, considerando que os beneficiários INATIVOS usufruirão do seu direito previsto no artigo 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 no mesmo plano dos ATIVOS.

18.4. Será utilizado para o reajuste das MENSALIDADES dos beneficiários ATIVOS e INATIVOS, da Tabela de Preço para novas inclusões de ativos e da Tabela de Custo por Faixa Etária do Inativo, o índice divulgado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, ou na impossibilidade de utilização do índice mencionado, um outro índice que o substitua, na menor periodicidade autorizada pela legislação vigente, ou determinada pelo órgão federal competente.

18.5. Além e independente da modalidade de reajuste financeiro estipulado no subitem anterior, fica pactuado que as MENSALIDADES do plano dos beneficiários ATIVOS e INATIVOS, e da Tabela de Preço para novas inclusões de ativos e da Tabela de Custo por Faixa Etária do Inativo, sofrerão reajustes sempre que a sinistralidade ultrapassar o percentual de **75% (setenta e cinco por cento)** da receita, sendo certo que a revisão desses valores será efetuada pelo recálculo técnico das MENSALIDADES, considerando o total das receitas e despesas verificadas nos últimos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao do recálculo.

18.5.1. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / S_m) - 1 \times 100$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

18.6. Os reajustes financeiros e técnicos aplicados serão comunicados à ANS, anualmente, na data do aniversário do contrato conforme dispuser a Resolução Normativa editada pela ANS vigente à época.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

18.7. No caso dos beneficiários INATIVOS, ou quando a MENSALIDADE dos ATIVOS for estabelecida por Faixa Etária na forma do presente Contrato, em havendo deslocamento de uma faixa para outra, 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	Acréscimo de 15,00%
3	24-28	Ao completar 24 anos	Acréscimo de 13,04%
4	29-33	Ao completar 29 anos	Acréscimo de 06,08%
5	34-38	Ao completar 34 anos	Acréscimo de 02,50%
6	39-43	Ao completar 39 anos	Acréscimo de 34,42%
7	44-48	Ao completar 44 anos	Acréscimo de 25,79%
8	49-53	Ao completar 49 anos	Acréscimo de 29,71%
9	54-58	Ao completar 54 anos	Acréscimo de 34,52%
10	59 ou mais	Ao completar 59 anos	Acréscimo de 35,97%

18.8. 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.

19 – DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS DE QUE TRATA A RN 309/2012 REGRAS DE REAJUSTE PARA CONTRATOS COM ATÉ 30 BENEFICIÁRIOS

19.1. Para fins do disposto na Resolução Normativa RN 309, de 24 de outubro de 2012, ficam estabelecidas as seguintes definições:

- AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: é a medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;
- CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO: é o contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data de apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 (trinta) beneficiários;
- PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: é o período definido pela operadora de planos de saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada no mês do aniversário do contrato;
- PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE: é o período definido pela operadora de planos de saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior

RTDCPJ SANTOS
Miamarina S. S.

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste;

e) PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE: é o período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

19.2. Os contratos de planos coletivos que possuírem na data de sua assinatura e, posteriormente, no mês do aniversário, o número igual ou inferior a 30 (trinta) beneficiários, deverão seguir, para fins de aplicação de reajustes financeiro e por sinistralidade, as regras definidas para o agrupamento de contrato de que trata esta cláusula, conforme determina a Resolução Normativa RN 309/2012.

19.3. Se anualmente no mês do aniversário do contrato, o número de beneficiários apurados for superior ao número de 30 (trinta), as regras para a aplicação de reajuste financeiro e por sinistralidade deverão observar o disposto na **Cláusula Décima Oitava** deste contrato.

19.4. Para fins de apuração do número de beneficiários, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que vinculados a outros planos contratados.

19.5. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura ou no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme o agrupamento de contratos no seu aniversário subsequente.

19.6. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da CONTRATADA, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

19.7. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

19.8. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

19.9. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

19.10. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

RTDCEJ SANTOS
MIRAFLORES Nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

20 - DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

20.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem sido demitidos sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- a) assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente;
- b) manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador ora CONTRATANTE, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

20.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

20.3. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

20.4. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.

20.5. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

20.5.1. O período pelo qual o ex-empregado poderá permanecer como beneficiário no plano é de 1/3 do tempo que contribuiu para o plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses.

20.6. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das MENSALIDADES;
- d) pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas previstas no Contrato;
- e) pelo exercício da portabilidade de carências;

RTDCPJ SANTOS
Mínimo nº 0

... 720113

[Handwritten signature]

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

f) pelo cancelamento espontâneo do beneficiário do plano na forma do disposto na Resolução Normativa RN 412, de 2016.

20.7. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar. Em caso de morte do beneficiário titular ATIVO, os dependentes deverão manifestar o interesse em permanecer no plano, na forma e prazo da presente cláusula, conforme o disposto no artigo 8º da RN 279/2011.

20.8. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

20.9. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

20.10. Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do consumidor, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

20.11. A garantia prevista nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos ex-empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

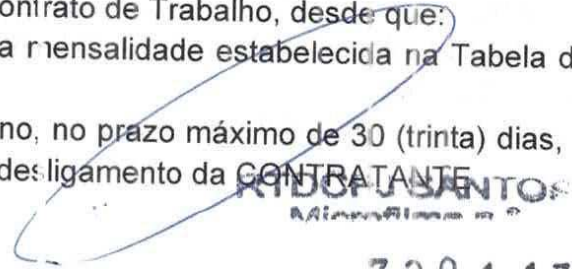
20.12. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

20.13 A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

21 - DO PLANO DE CONTINUIDADE DO APOSENTADO

21.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por terem adquirido direito a aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções na CONTRATANTE após a sua aposentadoria e dela vem a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária anexa ao presente;
- manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento da CONTRATANTE.


RÍDIO SANTOS
Administrador

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

21.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

21.3. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

21.4. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.

21.5. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

21.5.1. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado.

21.5.2. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

21.6. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego;
- c) pelo não pagamento das MENSALIDADES;
- d) pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas do presente Contrato;
- e) pelo exercício da portabilidade de carências;
- f) pelo cancelamento espontâneo do beneficiário do plano na forma do disposto na Resolução Normativa RN 412, de 2016.

21.7. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuava a trabalhar na CONTRATANTE.

21.8. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº 9

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

21.9. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

21.10. Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a co-participação ou franquia do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

21.11. Os direitos previstos neste contrato, não excluem vantagens obtidas pelos beneficiários com vínculo empregatício decorrente de negociação coletiva de trabalho.

21.12. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

21.13. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

22 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO

22.1. Para fins do presente contrato, entende-se por CONTRIBUIÇÃO qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

22.2. Para fins do presente contrato, entende-se por MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL, as mesmas segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

22.3. Para fins do presente contrato, entende-se por NOVO EMPREGO o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

22.4. Para fins do presente contrato, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

RTDCFJ SANTOS
Microfilme nº

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

22.5. Para fins do presente contrato, fica assegurado aos beneficiários INATIVOS e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

23 - DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS GERAIS ACERCA DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO

23.1. Fica estabelecido pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA que:

a) quando da inclusão do beneficiário ATIVO no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos no presente Contrato, também, a cópia da Tabela de Custos Por Faixa Etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário demitido, exonerado ou aposentado pela manutenção no plano como INATIVO.

b) os beneficiários INATIVOS, demitidos ou exonerados e aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal de Manutenção estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária, anexa ao presente instrumento, dele fazendo parte integrante para todos os fins, devidamente atualizada, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constantes de documento específico.

c) em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelo índice IGPM, ou outro índice que venha a substituí-lo e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.

d) em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, poderá suspender o atendimento aos beneficiários INATIVOS, independentemente de prévio aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, e permanecendo a inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver.

e) não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, EXCETO NO QUE SE REFERE AOS BENEFICIÁRIOS INATIVOS, quando adotado o critério de preço único para os ATIVOS.

24 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO

24.1. O presente Contrato vigorará pelo período mínimo de 12 meses, contados a partir de sua assinatura através da Proposta de Adesão.

RTDCPJ SANTOS
Município R.P.

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

24.2. Após o período de vigência inicial, se não for denunciado pelas partes, o presente contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, vedada a cobrança de taxas ou qualquer outro valor em razão da renovação.

25 - DA RESCISÃO CONTRATUAL

25.1. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente, isento do pagamento de multa, somente após 12 meses de vigência inicial, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

25.2. Ocorrendo a rescisão do contrato antes do período de vigência inicial 12 meses, a parte que deu causa a rescisão imotivada deverá pagar a outra uma multa equivalente à 10% (dez por cento) da soma total das faturas devidas pela CONTRATANTE à CONTRATADA até o término do prazo de vigência de 12 meses.

25.3. O presente Contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, também pelo cometimento de falta grave por quaisquer das partes, considerando falta grave, para fins e efeitos do presente contrato, o descumprimento de quaisquer das cláusulas, ou atraso por mais de 60 dias no pagamento das FATURAS, a decretação de falência, liquidação extrajudicial, insolvência, concordata ou recuperação judicial.

25.4. Em caso de atraso no pagamento das FATURAS por período superior a 30 dias, a CONTRATADA poderá suspender o atendimento aos beneficiários ATIVOS da CONTRATANTE, independentemente de prévio aviso ou notificação judicial ou extrajudicial.

25.4.1. Caso haja o atendimento a beneficiários durante o período de suspensão do atendimento, a responsabilidade pelo pagamento das despesas correrá por conta da CONTRATANTE.

25.5. Regularizado o pagamento das faturas por parte da CONTRATANTE, o atendimento aos beneficiários será restabelecido imediatamente.

25.6. A regra de suspensão do atendimento disposta no item anterior não se aplica às hipóteses dos beneficiários INATIVOS e seus dependentes, posto que os mesmos são pessoalmente responsáveis pelo pagamento de suas mensalidades.

25.7. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, a CONTRATADA deverá oferecer aos beneficiários ATIVOS e INATIVOS inscritos, a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências, na forma como prevista na Resolução CONSU nº 19/99.

25.8. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

26 - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS DE CONTRATAÇÃO E RESCISÃO POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

26.1. O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, desde que cumpra todos requisitos previstos na resolução normativa nº 432/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e as disposições normativas que lhe sucederem. Por ocasião da contratação do plano de saúde, neste caso, a CONTRATANTE deverá:

- a) apresentar à CONTRATADA os documentos que demonstrem que a empresa foi constituída há, no mínimo, 06 (seis) meses (Certificado de Microempreendedor Individual, Requerimento de Empresário Individual ou outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes), bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal no momento da contratação;
- b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;

26.2. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários.

26.3. A manutenção do contrato dependerá da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário do contrato.

26.4. Constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE no mês de aniversário do contrato pela inobservância de manutenção das condições de admissão previstas nesta cláusula, o contrato será rescindido mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, se não for comprovado no referido prazo a regularidade de seu registro nos órgãos competentes.

26.5. Na hipótese de inadimplência por CONTRATANTE empresário individual, o contrato poderá ser rescindido mediante aviso prévio, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a falta de pagamento ensejará na rescisão contratual na data indicada na comunicação.

26.6. À exceção das hipóteses de ilegitimidade do CONTRATANTE e de inadimplência, versando sobre contrato de plano de assistência à saúde de empresário individual regulado nesta cláusula, somente poderá ser rescindido pela CONTRATADA na data de seu aniversário mediante comunicação prévia à CONTRATANTE com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, expondo as razões da rescisão no ato de comunicação.

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº 2

... 720113

36

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

27- DAS DISPOSIÇÕES COMUNS DE TRANSFERÊNCIA DE PLANO POR BENEFICIÁRIOS

27.1. 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.

27.2. 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:

27.2.1. 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;

27.2.2. 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;

27.2.3. 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.

28- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. 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.

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

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

28.4. 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 Reso-

RTDCPJ SANTOS
Microfilme n.º

... 720113

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA
Coletivo Empresarial

lução CFM nº 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

28.5. 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.

29- DO FORO DE ELEIÇÃO

29.1. 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 EMPRESARIAL SAÚDE TOTAL STANDARD ou SAÚDE TOTAL EXECUTIVO 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 Santos sob o nº _____.


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

RTDCPJ SANTOS
Microfilme R R

... 720113

[Handwritten mark]



Operadora: Associação do Plano
de Saúde da Santa Casa de Santos
CNPJ: 13.001.218/0001-02
Nº de registro ANS: 41.802-1
Site: www.planoscs.com.br
Tel.: (13) 3211.0600

Manual de Orientação para contratação de Plano de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº 6

... 720113

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A Operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº162/2007.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes

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

Coletivo por Adesão

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

MECANISMO DE REGULAÇÃO

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

REAJUSTE

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

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

RTIDCFJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

ALTERAÇÕES DA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática. A vigência mínima do contrato coletivo é negociado e tem renovação automática
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraudes e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência. Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação de outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

Direito dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

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

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

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

RTDCPJ SANTOS
Microficha nº 8

... 720113

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

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiveram o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

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

Abrangência geográfica

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

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupos de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

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

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

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

 **ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Agência Nacional de Saúde (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
CEP: 20021-040 Rio de Janeiro
Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

RTDCPJ SAN I D
Microfilme n.º

... 720113



PROPOSTA CONTRATUAL PME DE 02 A 99 BENEFICIÁRIOS

Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei nº 9656/98 de 03/06/98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº 41.802-1

1/3

DATA: ____/____/____

1 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ	Porte da Empresa <input type="checkbox"/> DE 2 A 29 VIDAS - P.I <input type="checkbox"/> DE 30 A 99 VIDAS - P.II
Razão Social	
Nome Fantasia	
Inscrição Estadual	Inscrição Municipal

2 - CONTATO NA EMPRESA

Nome	Cargo
Telefone	Email

4 - ENDEREÇO DO CNPJ

CEP	Logradouro (Rua, Avenida, Estrada, etc)		
Logradouro	Número	Complemento	
Município	Bairro		

5 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS

CEP	Logradouro (Rua, Avenida, Estrada, etc)		
Logradouro	Número	Complemento	
Município	Bairro		

6 - PRODUTOS CONTRATADOS

FAIXAS ETÁRIAS	STANDARD POP LITORAL Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia REG. ANS Nº 480.188/18-1 REG. RTD. SANTOS 000000 Área Geográfica: Grupo de Municípios Acomodação: Enfermaria			EXECUTIVO LITORAL Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia REG. ANS Nº 480.189/18-0 REG. RTD. SANTOS 000000 Área Geográfica: Grupo de Municípios Acomodação: Apartamento		
	QTDE.	VALOR	TOTAL	QTDE.	VALOR	TOTAL
00 a 18						
19 a 23						
24 a 28						
29 a 33						
34 a 38						
39 a 43						
44 a 48						
49 a 53						
54 a 58						
59 ou +						
TOTAL						

7 - DADOS DA CORRETORA

Código da corretora	Nome da corretora	Telefone
Nome legível do vendedor	CPF	Representante da Empresa

1ª via - Operadora / 2ª via - Beneficiário / 3ª via - Corretora

RTDCPJ SANTOS
MIRASSOLAS R.P.

FR.COM.16_PROPOSTA_PME

... 720113

DATA: ____/____/____

1/3

1 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ Porte da Empresa DE 2 A 29 VIDAS - P.I. DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social

Nome Fantasia

Inscrição Estadual Inscrição Municipal

2 - CONTATO NA EMPRESA

Nome Cargo

Telefone Email

4 - ENDEREÇO DO CNPJ

CEP Logradouro (Rua, Avenida, Estrada, etc)

Logradouro Número Complemento

Município Bairro

5 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS

CEP Logradouro (Rua, Avenida, Estrada, etc)

Logradouro Número Complemento

Município Bairro

6 - PRODUTOS CONTRATADOS

FAIXAS ETÁRIAS	STANDARD POP LITORAL Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia REG. ANS Nº 480.188/18-1 REG. RTD. SANTOS 000000 Área Geográfica: Grupo de Municípios Acomodação: Enfermaria			EXECUTIVO LITORAL Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia REG. ANS Nº 480.189/18-0 REG. RTD. SANTOS 000000 Área Geográfica: Grupo de Municípios Acomodação: Apartamento		
	QTDE.	VALOR	TOTAL	QTDE.	VALOR	TOTAL
00 a 18						
19 a 23						
24 a 28						
29 a 33						
34 a 38						
39 a 43						
44 a 48						
49 a 53						
54 a 58						
59 ou +						
TOTAL						

7 - DADOS DA CORRETORA

Código da corretora Nome da corretora Telefone

Nome legível do vendedor CPF Representante da Empresa



PROPOSTA CONTRATUAL PME DE 02 A 99 BENEFICIÁRIOS

Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei nº 9656/98 de 03/06/98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº 41.802-1

1/3

DATA: ____/____/____

1 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ	Porte da Empresa <input type="checkbox"/> DE 2 A 29 VIDAS - P.I <input type="checkbox"/> DE 30 A 99 VIDAS - P.II
Razão Social	
Nome Fantasia	
Inscrição Estadual	Inscrição Municipal

2 - CONTATO NA EMPRESA

Nome	Cargo
Telefone	Email

4 - ENDEREÇO DO CNPJ

CEP	Logradouro (Rua, Avenida, Estrada, etc)		
Logradouro	Número	Complemento	
Município	Bairro		

5 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS

CEP	Logradouro (Rua, Avenida, Estrada, etc)		
Logradouro	Número	Complemento	
Município	Bairro		

6 - PRODUTOS CONTRATADOS

FAIXAS ETÁRIAS	STANDARD POP LITORAL Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia REG. ANS Nº 480.188/18-1 REG. RTD. SANTOS 000000 Área Geográfica: Grupo de Municípios Acomodação: Enfermaria			EXECUTIVO LITORAL Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia + Odontologia REG. ANS Nº 480.189/18-0 REG. RTD. SANTOS 000000 Área Geográfica: Grupo de Municípios Acomodação: Apartamento		
	QTDE.	VALOR	TOTAL	QTDE.	VALOR	TOTAL
00 a 18						
19 a 23						
24 a 28						
29 a 33						
34 a 38						
39 a 43						
44 a 48						
49 a 53						
54 a 58						
59 ou +						
TOTAL						

7 - DADOS DA CORRETORA

Código da corretora	Nome da corretora	Telefone
Nome legível do vendedor	CPF	Representante da Empresa

1ª via - Operadora / 2ª via - Beneficiário / 3ª via - Corretora

RTDCPJ SANTOS
Microfilme nº 0

FR.COM.16_PROPOSTA_PME

... 720113

8 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ _____ Porte da Empresa DE 2 A 30 VIDAS - P.I DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social _____

9 - CARÊNCIAS CONTRATUAIS

Eventos cobertos	Carências contratuais	Carências porte I de 2 a 29 vidas	*Carências porte II de 30 a 99 vidas
Atendimento de urgência e/ou emergência, na forma da Resolução 13 do CONSU	24 Horas	24 Horas	0
Consultas Médicas	30 Dias	5 Dias	0
Exames básicos	30 Dias	5 Dias	0
Exames média complexidade	60 Dias	60 Dias	0
Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas, transplantes de rins e córneas, transplante autólogo de medula óssea.	180 Dias	180 Dias	0
Demais coberturas para exames e terapias de alta complexidade.	180 Dias	180 Dias	0
Partos a termo	300 Dias	300 Dias	0
Doenças preexistentes declaradas quando da contratação do plano ou admitidas como preexistentes pelos beneficiários.	720 Dias	720 Dias	0

10 - EVENTOS ODONTOLÓGICOS

CARÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Eventos Odontológicos	Carências Contratuais	Carências Porte I de 2 a 29 vidas	*Carências Porte II de 30 a 99 vidas
Urgência e Emergência	24 Horas	24 Horas	0
Consultas Odontológicas	5 Dias	5 Dias	0
Todos os demais procedimentos conforme contrato do USUÁRIO e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização (DUT) da RN nº 428/2017 da ANS e suas atualizações.	5 Dias	5 Dias	0
Protese	180 Dias	180 Dias	180 Dias

Somente na inclusão inicial ou na inclusão de beneficiários (Titulares ou dependentes) até 30 dias da data da admissão na empresa.*

11 - PERÍODO DE ENTREGA DAS PROPOSTAS:

DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA

DATA DO VENCIMENTO DAS FATURAS

Do dia 01 ao dia 10 do mês	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês da prestação dos serviços
Do dia 11 ao dia 20 do mês	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês da prestação dos serviços
Do dia 21 ao dia 30 do mês	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês da prestação dos serviços

12 - TERMO DE CIÊNCIA

Declaro serem verdadeiras as informações aqui contidas, bem como estar de acordo com os valores acima descritos, estando também ciente da prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica do PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - PLANO DE SAÚDE SANTA CASA, conforme CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE, cuja transcrição recebem neste ato. Estou ciente e de acordo que o pagamento referente a primeira parcela deverá ser efetuado no ato da assinatura desta proposta, mediante recibo apresentado anexo a esta, estando também de acordo que os boletos para pagamento dos próximos meses serão enviados com a data de vencimento conforme descrito no quadro acima.

Representante da Empresa

Assinatura

LOCAL E DATA:

1ª via - Operadora / 2ª via - Beneficiário / 3ª via - Corretora

... SANTOS
Microfilme n.º

... 720113

8 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ Porte da Empresa DE 2 A 30 VIDAS - P.I DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social

9 - CARÊNCIAS CONTRATUAIS

Eventos cobertos	Carências contratuais	Carências porte I de 2 a 29 vidas	*Carências porte II de 30 a 99 vidas
Atendimento de urgência e/ou emergência, na forma da Resolução 13 do CONSU	24 Horas	24 Horas	0
Consultas Médicas	30 Dias	5 Dias	0
Exames básicos	30 Dias	5 Dias	0
Exames média complexidade	60 Dias	60 Dias	0
Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas, transplantes de rins e córneas, transplante autólogo de medula óssea.	180 Dias	180 Dias	0
Demais coberturas para exames e terapias de alta complexidade.	180 Dias	180 Dias	0
Partos a termo	300 Dias	300 Dias	0
Doenças preexistentes declaradas quando da contratação do plano ou admitidas como preexistentes pelos beneficiários.	720 Dias	720 Dias	0

10 - EVENTOS ODONTOLÓGICOS	CARÊNCIAS ODONTOLÓGICAS		
Urgência e Emergência	24 Horas	24 Horas	0
Consultas Odontológicas	5 Dias	5 Dias	0
Todos os demais procedimentos conforme contrato do USUÁRIO e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização (DUT) da RN nº 428/2017 da ANS e suas atualizações.	5 Dias	5 Dias	0
Protese	180 Dias	180 Dias	180 Dias

Somente na inclusão inicial ou na inclusão de beneficiários (Titulares ou dependentes) até 30 dias da data da admissão na empresa.*

11 - PERÍODO DE ENTREGA DAS PROPOSTAS:	DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA	DATA DO VENCIMENTO DAS FATURAS
Do dia 01 ao dia 10 do mês	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês da prestação dos serviços
Do dia 11 ao dia 20 do mês	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês da prestação dos serviços
Do dia 21 ao dia 30 do mês	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês da prestação dos serviços

12 - TERMO DE CIÊNCIA

Declaro serem verdadeiras as informações aqui contidas, bem como estar de acordo com os valores acima descritos, estando também ciente da prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica do PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - PLANO DE SAÚDE SANTA CASA, conforme CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE, cuja transcrição recebem neste ato. Estou ciente e de acordo que o pagamento referente a primeira parcela deverá ser efetuado no ato da assinatura desta proposta, mediante recibo apresentado anexo a esta, estando também de acordo que os boletos para pagamento dos próximos meses serão enviados com a data de vencimento conforme descrito no quadro acima.

Representante da Empresa

Assinatura LOCAL E DATA:

1ª via - Operadora / 2ª via - Beneficiário / 3ª via - Corretora

RIDCFJ SANTOS
Assinatura nº 6
... 720113



PROPOSTA CONTRATUAL PME DE 02 A 99 BENEFICIÁRIOS

Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei nº 9656/98 de 03/06/98

Nº DA PROPOSTA

2/3

ANS - nº 41.802-1

8 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ Porte da Empresa DE 2 A 30 VIDAS - P.I DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social

9 - CARÊNCIAS CONTRATUAIS

Eventos cobertos	Carências contratuais	Carências porte I de 2 a 29 vidas	*Carências porte II de 30 a 99 vidas
Atendimento de urgência e/ou emergência, na forma da Resolução 13 do CONSU	24 Horas	24 Horas	0
Consultas Médicas	30 Dias	5 Dias	0
Exames básicos	30 Dias	5 Dias	0
Exames média complexidade	60 Dias	60 Dias	0
Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas, transplantes de rins e córneas, transplante autólogo de medula óssea.	180 Dias	180 Dias	0
Demais coberturas para exames e terapias de alta complexidade.	180 Dias	180 Dias	0
Partos a termo	300 Dias	300 Dias	0
Doenças preexistentes declaradas quando da contratação do plano ou admitidas como preexistentes pelos beneficiários.	720 Dias	720 Dias	0

10 - EVENTOS ODONTOLÓGICOS

Eventos Odontológicos	CARÊNCIAS ODONTOLÓGICAS		
Urgência e Emergência	24 Horas	24 Horas	0
Consultas Odontológicas	5 Dias	5 Dias	0
Todos os demais procedimentos conforme contrato do USUÁRIO e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização (DUT) da RN nº 428/2017 da ANS e suas atualizações.	5 Dias	5 Dias	0
Protese	180 Dias	180 Dias	180 Dias

Somente na inclusão inicial ou na inclusão de beneficiários (Titulares ou dependentes) até 30 dias da data da admissão na empresa.*

11 - PERÍODO DE ENTREGA DAS PROPOSTAS:

DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA

DATA DO VENCIMENTO DAS FATURAS

Do dia 01 ao dia 10 do mês	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês da prestação dos serviços
Do dia 11 ao dia 20 do mês	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês da prestação dos serviços
Do dia 21 ao dia 30 do mês	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês da prestação dos serviços

12 - TERMO DE CIÊNCIA

Declaro serem verdadeiras as informações aqui contidas, bem como estar de acordo com os valores acima descritos, estando também ciente da prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica do PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - PLANO DE SAÚDE SANTA CASA, conforme CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE, cuja transcrição recebem neste ato. Estou ciente e de acordo que o pagamento referente a primeira parcela deverá ser efetuado no ato da assinatura desta proposta, mediante recibo apresentado anexo a esta, estando também de acordo que os boletos para pagamento dos próximos meses serão enviados com a data de vencimento conforme descrito no quadro acima.

Representante da Empresa

Assinatura

LOCAL E DATA:

RTDCS SANTOS

1ª via - Operadora / 2ª via - Beneficiário / 3ª via - Corretora

... 720113

13 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ _____

Porte da Empresa DE 2 A 29 VIDAS - P.I DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social _____

14 - RESUMO DE VALORES DOS PRODUTOS CONTRATADOS

ITEM	NOME DOS PRODUTOS / PLANOS	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
1	STANDARD POP LITORAL		
2	EXECUTIVO LITORAL		
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS →			

Recebi da contratante acima a importância de R\$ _____
(_____)
referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados de acordo com a proposta PME de nº _____, firmada em ____/____/____.

Estou ciente de que a vigência inicial deste contrato se dará em ____ de _____ de ____ e que as próximas faturas terão vencimento sempre no dia ____ do mês da prestação dos serviços, devendo o próximo vencimento ocorrer em ____ de _____ de ____.

Representante da Empresa _____

Cargo _____ CPF _____

Assinatura (Representante da Empresa) _____ LOCAL E DATA: _____

Nome do corretor _____ CPF _____

Assinatura (Vendedor) _____ LOCAL E DATA: _____



PROPOSTA CONTRATUAL PME DE 02 A 99 BENEFICIÁRIOS

Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos
CNPJ: 13.001.218/0001-02 - Lei nº 9656/98 de 03/06/98

Nº DA PROPOSTA

3/3

ANS - nº 41.802-7

13 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ _____ Porte da Empresa DE 2 A 29 VIDAS - P.I DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social _____

14 - RESUMO DE VALORES DOS PRODUTOS CONTRATADOS

ITEM	NOME DOS PRODUTOS / PLANOS	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
1	STANDARD POP LITORAL		
2	EXECUTIVO LITORAL		
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS →			

Recebi da contratante acima a importância de R\$ _____
(_____)

referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados de acordo com a proposta PME de nº _____, firmada em ____/____/____.

Estou ciente de que a vigência inicial deste contrato se dará em ____ de _____ de ____ e que as próximas faturas terão vencimento sempre no dia ____ do mês da prestação dos serviços, devendo o próximo vencimento ocorrer em ____ de _____ de ____.

Representante da Empresa _____

Cargo _____ CPF _____

LOCAL E DATA: _____

Assinatura (Representante da Empresa) _____

Nome do corretor _____ CPF _____

LOCAL E DATA: _____

Assinatura (Vendedor) _____

[Handwritten Signature]
Módulo n.º
720113

13 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ Porte da Empresa DE 2 A 29 VIDAS - P.I DE 30 A 99 VIDAS - P.II

Razão Social

14 - RESUMO DE VALORES DOS PRODUTOS CONTRATADOS

ITEM	NOME DOS PRODUTOS / PLANOS	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
1	STANDARD POP LITORAL		
2	EXECUTIVO LITORAL		
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS →			

Recebi da contratante acima a importância de R\$ _____
(_____)
referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados de acordo com a proposta PME de nº _____, firmada em ____/____/____.

Estou ciente de que a vigência inicial deste contrato se dará em ____ de _____ de ____ e que as próximas faturas terão vencimento sempre no dia ____ do mês da prestação dos serviços, devendo o próximo vencimento ocorrer em ____ de _____ de ____.

Representante da Empresa

Cargo CPF

LOCAL E DATA:

Assinatura (Representante da Empresa)

Nome do corretor CPF

LOCAL E DATA:

Assinatura (Vendedor)



Operadora: Associação do Plano
de Saúde da Santa Casa de Santos
CNPJ: 13.001.218/0001-02
Nº de registro ANS: 41.802-1
Site: www.planoscs.com.br
Tel.: (13) 3211.0600

Guia de Leitura Contratual

Página do
contrato

CONTRATAÇÃO

Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO

Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) quem compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.

EXCLUSÕES DE COBERTURAS

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

RTDC/ PJ SANTOS
Microfilme nº

... 720113

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

CARÊNCIAS

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.

VIGÊNCIA

Define o período em que vigorará o contrato.

RESCISÃO/SUSPENSÃO

A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.

REAJUSTE

O reajuste por variação de custo é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.

CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)

A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

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



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

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

RTDCPJ SANTO
Miorafina S P
@ndoria@ans.gov.br

... 720113

Handwritten signature