



Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: **<https://planosantasaude.com.br/>**  
Telefone: **(13) 4007-2250**

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças Entre Planos Individuais e Coletivos

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

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

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

|          | PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES                                                                                                                                                                                                | PLANOS COLETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARÊNCIA | É permitida a exigência de 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 ou mais participantes<br>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<br>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 assinatura do contrato. |



Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: **<https://planosantasaude.com.br/>**  
Telefone: **(13) 4007-2250**

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) | Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (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 à CTP 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 DLPs não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo, na forma prevista pela RNº 162/2007. | Coletivo Empresarial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Com 30 ou mais participantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Com menos de 30 participantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.                                                                                                                                                                       |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Coletivo por Adesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO            | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde. Autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| REAJUSTE                           | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à 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 |                                                                                                                                                                                                                                                  |



Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: **<https://planosantasaude.com.br/>**  
Telefone: **(13) 4007-2250**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contato e atendendo à RN nº 63/2003.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| VIGÊNCIA                                 | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO        | Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.                  | Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência. |

Perda da Condição de Beneficiário nos Planos Coletivos

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

Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais

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



Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: **<https://planosantasaude.com.br/>**  
Telefone: **(13) 4007-2250**

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

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

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

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

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

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

**Cobertura e Segmentação Assistencial**

Define o tipo de assistência a 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 existencial 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 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei 9.656/1998.

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

**Abrangência Geográfica**

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

**Área de Atuação**

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

**Administradora de Benefícios**

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação do 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



Anexo I

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: **<https://planosantasaude.com.br/>**  
Telefone: **(13) 4007-2250**

coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://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.



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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)





Anexo II

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: <https://planosantasaude.com.br/>  
Telefone: (13) 0800 407 2250

Guia de Leitura Contratual

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Página do Contrato |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| CONTRATAÇÃO                              | Determina se o plano de saúde se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.                                                                                                                                                                                                                                                      | 2                  |
| SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL                 | Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e suas combinações.                                                                                                                                                                                     | 2                  |
| PADRÃO DE ACOMODAÇÃO                     | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2                  |
| 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 abrangência nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupos de estados, grupos de municípios ou municipal.                                                                              | 2 a 3              |
| COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS    | É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, que está 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. | 6 a 10             |
| EXCLUSÕES DE COBERTURAS                  | É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, conforme previsto na legislação de saúde suplementar e na regulamentação da ANS, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.                                                                                                                                                                                                   | 15 a 17            |
| 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 tenha ciência de ser portador quando de seu ingresso no contrato.                                                                                                                                                                                                        | 11                 |
| CARÊNCIAS                                | Carência é o período em que o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar                                                                                                                                                                                                                                                     | 17 a 18            |



Anexo II

Operadora: **Associação Santa Saúde**  
CNPJ: **13.001.218/0001-02**  
Registro ANS: **41.802-1**  
Site: <https://planosantasaude.com.br/>  
Telefone: (13) 0800 407 2250

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                | obrigatoriamente descrito, 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 coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional/terceira opinião/junta médica) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.                                                               | 19 a 21       |
| VIGÊNCIA                                                                       | Define o período em que vigorará o contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 24            |
| RESCISÃO/ SUSPENSÃO                                                            | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.                                                                                                                                                                                                                                           | 24 a 25       |
| REAJUSTE                                                                       | O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como a inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário. | 23 a 24       |
| CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998) | Determina se o plano se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.                                                                                                                                                                                                | Não se aplica |

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](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA DO CONTRATO.

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



Ministério da Saúde



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

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

**Sumário**

**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....2**

**1 - DADOS GERAIS DO PLANO .....2**

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

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

**4 - DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....6**

**5 - DA COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES..... 11**

**6 - DA ENTREVISTA QUALIFICADA .....11**

**7 - DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ..... 12**

**8 - DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTERHOSPITALAR.....13**

**9 - DO DIREITO AO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA...15**

**10 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA ..... 15**

**11 - DOS PRAZOS DE CARÊNCIA .....17**

**12 - DA REDE CREDENCIADA DO PLANO .....18**

**13 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO .....19**

**14 - DAS REGRAS DE ACESSO À REDE E DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....19**

**15 - DA JUNTA MÉDICA .....21**

**16 - DO PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR STANDARD LITORAL SENIOR E EXECUTIVO LITORAL SENIOR E O PADRÃO DE ACOMODAÇÃO DE INTERNAÇÃO.....22**

**17 - DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO .....23**

**18 - DOS REAJUSTES .....23**

**19 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO .....24**

**20 - DA RESCISÃO CONTRATUAL.....24**

**21 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS DE TRANSFERÊNCIA DE PLANO POR BENEFICIÁRIOS .....25**

**22 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....25**

**23 - DO FORO DE ELEIÇÃO .....26**





CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE  
Individual e/ou Familiar

CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como, **CONTRATADA, ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE**  
**NOME FANTASIA PLANO SANTA 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 física 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 Litoral - Sênior | Executivo Litoral - Sênior**  
1.2. Número de Registro na ANS: **505.318/25-8 | 505.317/25-0**  
1.3. Tipo de Contratação: **Individual e/ou Familiar**  
1.4. Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia**  
1.5. Área Geográfica de Abrangência: **Grupo de Municípios**  
1.6. Área de Atuação: **Santos, São Vicente, Praia Grande, Cubatão, Guarujá, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.**  
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.**

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



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

Individual e/ou Familiar

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: **Santos, São Vicente, Praia Grande, Cubatão, Guarujá, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.**

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

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

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

- a. Cônjuge ou convivente em união estável, mediante apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social, vedada a presença concomitante de mais de uma pessoa nessa condição;
- b. Filhos naturais ou adotivos, solteiros, e até completarem 18 anos, devidamente comprovado através da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);
- c. Filhos naturais ou adotivos, solteiros, e até completarem 24 anos, desde que comprovadamente matriculados em curso secundário ou universitário, além da certidão de nascimento, termo de adoção e guarda (conforme o caso);
- d. Filhos naturais ou adotivos, inválidos, de qualquer idade, desde que comprovem



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

Individual e/ou Familiar

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);

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:

- 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;
- Tutelado ou Curatelado ou menor sob guarda: apresentação do termo de tutela, curatela ou de guarda judicial além dos documentos relacionados nas letras “b”, “c” e “d” do item anterior.

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

3.5. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida e assinada pelo beneficiário titular e entregue para a CONTRATADA, juntamente com a seguinte documentação:

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

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

- documentação comprobatória da qualidade de dependente listada no item anterior;
- mensalidades deverão estar rigorosamente em dia;
- assinatura de Termo Aditivo de Inclusão contendo os dados pessoais do beneficiário titular e de seus dependentes; e
- a mensalidade deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor correspondente à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com a



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

tabela vigente na época.

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

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

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

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

- a. nos casos de morte;
- b. nos casos de perda da condição de **DEPENDENTE** pelo atingimento da idade, pela separação ou divórcio, pela cessação da tutela, da curatela, da guarda ou da invalidez ou por qualquer outro fato jurídico, natural ou humano, que importe na perda da qualidade de dependente;
- c. nos casos de fraude **DEVIDAMENTE** comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente;
- d. prática de outras fraudes ou infrações **DEVIDAMENTE** comprovadas, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem;
- e. nos casos de rescisão do presente Contrato;
- f. por solicitação unilateral do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, nos termos da Resolução Normativa RN 561/2022.

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

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

3.10.3. Nas hipóteses da alínea 'f' do item anterior, a solicitação de exclusão por solicitação do beneficiário deverá se dar através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 561/2022, e o seu efeito é imediato a partir da ciência da CONTRATADA.

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

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

3.13. Quando da exclusão, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá recolher e devolver à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver, de seus dependentes, sob pena de, havendo utilização indevida, se responsabilizar por quaisquer prejuízos que eventualmente venha a CONTRATADA sofrer.

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

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

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

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

- a. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;





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

Individual e/ou Familiar

- b. cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS na época da vigência do Rol;
- c. cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS na época da vigência do Rol;
- d. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- e. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- f. cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, e previstos no Anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época;

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

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

4.4. Cobertura dos procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- I. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de Saúde;
- III. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:



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

Individual e/ou Familiar

- a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787/99;
  - b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- IV. radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial;
- V. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- VI. hemoterapia ambulatorial;
- VII. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

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

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

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

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

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



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

Individual e/ou Familiar

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

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

4.12. Fica garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

4.13. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.14. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

4.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

4.16. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

4.17. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.18. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

4.19. 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**

Individual e/ou Familiar

4.20. 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.

4.21. 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 à época da contratação.

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

4.23. 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.

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

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

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

4.26. 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.

4.27. 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.



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

Individual e/ou Familiar

**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 sofrendores 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 pretenso beneficiário titular e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja constatada pela CONTRATADA através de exames clínicos e/ou laboratoriais ou perícias que algum (ns) dos beneficiários e/ou dependentes a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de procedimentos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia e de realização de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário titular deverá cumprir a cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, por meio de declaração expressa.
- 5.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária (CPT), a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à da doença ou lesão preexistente.
- 5.4. Decorridos os 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT), a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral.
- 5.5. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA optará pelo não fornecimento do Agravo.
- 5.6. Quando a inclusão do beneficiário ocorrer fora das hipóteses mencionadas no item anterior, serão aplicadas as regras de Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos casos de doenças ou lesões preexistentes declaradas.

**6 - DA ENTREVISTA QUALIFICADA**

- 6.1. A CONTRATADA, por meio de videoconferência, realizará a coleta das informações necessárias, procederá ao preenchimento dos formulários de Declaração de Saúde e, posteriormente, os encaminhará por intermédio da plataforma ClickSign, a fim de que os beneficiários titulares e dependentes possam conferi-los e assiná-los.
- 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





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

financeiro da consulta.

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

6.5. É facultado à CONTRATADA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários titulares e/ou dependentes da CONTRATANTE, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes, sendo certo que a realização do exame ou perícia impedirá a alegação de DLP.

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

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

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

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

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 a cobertura integral dos atendimentos em



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

regime ambulatorial e hospitalar para casos de urgência e emergência.

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 ocorridos durante o período de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, terão cobertura, limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8 - DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTERHOSPITALAR**

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

- a. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizados dentro da área geográfica de abrangência do plano contratado, para hospital pertencente a rede, credenciado, indicado pela CONTRATADA;
- b. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da CONTRATADA vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizados dentro da área geográfica de abrangência do plano contratado, para outro hospital credenciado e da rede da CONTRATADA vinculado ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- c. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da CONTRATADA para unidade SUS, após realizados procedimentos de urgência e emergência, nos casos de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.
- d. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não vinculados ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede da CONTRATADA, localizados fora da área geográfica de abrangência do plano contratado pelo beneficiário, para hospital credenciado e da rede da CONTRATADA vinculado ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área geográfica de abrangência do plano do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na Resolução Normativa - RN nº 566/22
- e. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da CONTRATADA vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizados dentro da área de abrangência do plano contratado, para hospital da rede



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

Individual e/ou Familiar

PREFERENCIAL do plano de saúde do beneficiário;

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

- a. de hospital ou serviço de pronto-atendimento para outro quando não atendidas todas as condições de cobertura de remoção descritas nos itens anteriores desta cláusula;
- b. de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores dentro da área geográfica de atuação do produto contratado, conforme RN nº 566/22;
- c. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado e da rede da **CONTRATADA** vinculado ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área geográfica de abrangência do plano contratado, para hospital privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário e não pertencente à rede da **CONTRATADA**;
- d. nos planos da **CONTRATADA** que não forem de segmentação hospitalar, ressalvado os atendimentos de urgência e emergência na forma a abaixo assinalada;

8.3. Nos atendimentos de urgência e emergência na rede da **CONTRATADA** ocorridos durante o prazo de Carência, ultrapassada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial ou antes desse período houver a necessidade de internação, ou relacionados à doença preexistente ocorridos durante os prazos de Cobertura Parcial Temporária e que resulte na necessidade de realização de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade ou ainda nos casos de complicações no processo gestacional, o beneficiário terá direito, sob responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção em ambulância para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.

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

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

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

**9 - DO DIREITO AO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

9.1. Quando da impossibilidade de utilização pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados pela CONTRATADA dentro da área geográfica de abrangência do plano, para os atendimentos de urgência e de emergência, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso do plano, parte integrante do contrato disponível no portal (Site) da Operadora, que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da CONTRATADA.

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

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

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

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

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

**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:
  - i. emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/ não regularizados no país;
  - ii. é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
  - iii. não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA



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

Individual e/ou Familiar

(uso off - label);

- b. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, ou seja, aquele que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, 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. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCETO CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCOMAXILO-FACIAIS, QUE NECESSITEM DE AMBIENTE HOSPITALAR E A ESTRUTURA HOSPITALAR NECESSÁRIA À REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONSULTÓRIO, QUE POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR;
- f. 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;
- g. 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;
- h. 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;
- i. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- j. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- k. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- l. TRANSPLANTES, EXCETO DE Córnea e de Rim, BEM COMO, DOS TRANSPLANTES AUTOLOGOS E ALOGÊNICOS LISTADOS ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS VIGENTE À ÉPOCA;
- m. CONSULTAS E INTERNAÇÕES DOMICILIARES, INCLUSIVE HOME CARE;
- n. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

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

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

**11 - DOS PRAZOS DE CARÊNCIA**

11.1. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data da assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário:

| Carência Padrão | Coberturas                                                                                                            | Tipo de Carência                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 24 horas        | Atendimentos de urgência e/ou emergência, na forma da resolução 13 do CONSU                                           | Urgência e Emergência                            |
| 30 dias         | Consultas                                                                                                             | Consultas                                        |
| 30 dias         | Exames básicos                                                                                                        | Exames e Terapia Simples                         |
| 60 Dias         | Exames de média complexidade                                                                                          | Exames de Média Complexidade                     |
| 180 Dias        | Internações clínicas, cirurgicas ou psiquiatricas, transplante de rim ou córnea, transplante autólogo de medula óssea | Internações clínicas e Cirúrgicas e Transplantes |
| 180 Dias        | Demais coberturas para exames e terapias de alta complexidade                                                         | Exames e Terapias de alta complexidade           |



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

- 11.2. As partes poderão pactuar a redução dos prazos de carência previstos no quadro acima através de aditamento contratual.
- 11.3. O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data da inclusão do beneficiário titular ou dependente no plano.

**12 - DA REDE 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 da CONTRATADA, conforme a categoria do plano contratada constante do “Guia Médico” localizado no Portal Corporativo (site) da CONTRATADA.
- 12.1.1. A rede de atendimento 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 (site) conforme categoria contratada, 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 (site) da CONTRATADA.
- 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 categoria do plano contratado.
- 12.2. A CONTRATADA manterá sempre atualizada em seu Portal Corporativo (site) a relação dos profissionais e estabelecimentos de serviços vinculados a sua categoria de 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 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 da ANS com antecedência mínima de 30 dias.
- 12.5. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita à CONTRATANTE e à ANS, assim como aos beneficiários do plano, com antecedência mínima de 30 dias.



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

Individual e/ou Familiar

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 disponibilizara aos beneficiários da CONTRATANTE, Cartão de Identificação Digital, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessários, acessível através do aplicativo da CONTRATADA por meio de dispositivo eletrônico móvel, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário com foto.

13.2. Excepcionalmente é facultado à CONTRATADA a entrega aos beneficiários de cartões de identificação físicos, desde que, por fundadas razões, haja impossibilidade de uso de meios eletrônicos pelo beneficiário, arcando a CONTRATANTE com as referidas despesas de emissão. Em tal hipótese, havendo de perda ou extravio do Cartão de Identificação, os beneficiários deverão comunicar imediatamente à CONTRATADA sob pena de responsabilizar-se pelo uso indevido. 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. **STANDARD LITORAL - SÊNIOR:** nos atendimentos ambulatoriais, o beneficiário inscrito no plano standard deverá, obrigatoriamente, entrar em contato por meio dos Canais de Atendimento da CONTRATADA disponibilizados no "Guia Médico" do Portal Corporativo (site) de sua categoria de plano que o direcionará para consulta nas



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

Individual e/ou Familiar

especialidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Geriatria ou Ginecologia, que o encaminhará, caso seja necessário, para o atendimento com o médico especialista de sua categoria de plano indicado no "Guia Médico" do Portal Corporativo (site), sujeito a atualizações.

**14.1.2. EXECUTIVO LITORAL - SÊNIOR:** nos atendimentos ambulatoriais, o beneficiário inscrito no plano executivo deverá agendar obrigatoriamente consulta nas especialidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Geriatria ou Ginecologia disponibilizadas no "Guia Médico" do Portal Corporativo (site) de sua categoria, por sua livre escolha, em toda a rede PRÓPRIA OU CREDENCIADA, que o encaminhará, caso seja necessário, para o atendimento com o médico especialista de toda a rede PRÓPRIA OU CREDENCIADA indicado no "Guia Médico" do Portal Corporativo (site), sujeito a atualizações.

**14.1.3.** Somente por meio do encaminhamento do profissional mencionado nos itens acima é que o beneficiário poderá realizar a marcação de consultas nas demais especialidades médicas, reservando-se a CONTRATADA ao direito de modificar, sempre que necessário for, tais regras para garantir eficiência na prestação de serviços.

**14.1.4.** Em que pese as ações de gerenciamento do plano especificadas nesta cláusula, o agendamento das consultas médicas e demais procedimentos sempre observarão os prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde.

**14.2.** As internações eletivas clínicas ou cirúrgicas no PLANO STANDARD e no PLANO EXECUTIVO se darão, mediante prévia autorização da CONTRATADA, conforme disponibilizados no "Guia Médico" do Portal Corporativo (site), constituindo prerrogativa da CONTRATADA realizar o direcionamento para o estabelecimento hospitalar que compreender mais adequado 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 da CONTRATADA, conforme exposto no "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo da CONTRATADA, 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 neonato, internado em hospital da rede credenciada, para outra unidade hospitalar de sua categoria de plano, ainda que em centro de terapia intensiva, desde que o médico assistente concorde com a remoção e o paciente tenha condições clínicas para a transferência, sem qualquer ônus para a CONTRATANTE ou beneficiário.

**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



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

Individual e/ou Familiar

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, físico ou digital;
- b. Documento oficial de identidade do beneficiário-paciente com foto;
- c. Senha ou Guia de Autorização, quando for o caso.

14.7. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por conta da CONTRATANTE e/ou do beneficiário, todas as despesas decorrentes da internação.

14.8. Em caso de internação hospitalar ELETIVA o beneficiário deverá apresentar ao hospital autorizado os documentos de identificação e a Guia ou Senha de Autorização devidamente emitida pela CONTRATADA.

14.9. Nas internações hospitalares em caráter de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, as Senhas de Autorização serão obtidas diretamente pelo estabelecimento hospitalar da rede de atendimento por meio dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, e havendo a necessidade de prorrogação da internação, a entidade hospitalar deverá encaminhar à CONTRATADA o pedido de prorrogação devidamente justificado, sem prejuízo do disposto no item 15.4 desta cláusula.

14.10. A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário, tais como estacionamento, frigorífico, tv, produtos de higiene pessoal, fraldas, entre outros de similar natureza ou equiparáveis.

14.11. 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.

14.12. Em caso de dúvida ou esclarecimento, cabe a CONTRATANTE e seus beneficiários entrarem em contato com a CONTRATADA que se obriga a dar completa assistência e orientação para a correta utilização dos serviços contratados.

**15 - DA JUNTA MÉDICA**

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





**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

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 566/2022.

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

15.5. A CONTRATADA poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da Junta, desde que observados os prazos de garantia de atendimento previstos na Resolução Normativa RN 566/2022.

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 INDIVIDUAL/FAMILIAR STANDARD LITORAL SENIOR E  
EXECUTIVO LITORAL SENIOR E O PADRÃO DE ACOMODAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

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

16.1.1. **STANDARD LITORAL - SÊNIOR - REGISTRO NA ANS sob o nº 505.318/25-8** com direito a cobertura **AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA** e consultas médicas em números ilimitados, realizadas nos consultórios e estabelecimentos de saúde direcionados pela CONTRATADA, marcadas através da CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS, conforme constantes do “Guia Médico” localizado no Portal Corporativo (site) da CONTRATADA, sujeito a atualizações, **COM DIREITO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ACOMODAÇÃO COLETIVA EM ENFERMARIA DE ATÉ 4 LEITOS**, conforme exposto nesta cláusula e na cláusula sobre ‘das regras de acesso à rede e de utilização dos serviços’.

16.1.2. **EXECUTIVO LITORAL - SÊNIOR - REGISTRO NA ANS sob o nº 505.317/25-0** com direito a cobertura **AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA** e consultas médicas em números ilimitados, realizadas em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, com atendimento também nas Clínicas de Especialidades



CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE

Individual e/ou Familiar

SANTA SAÚDE CONSULTAS ou nos consultórios indicados pela CONTRATANTE, marcadas através da CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS, conforme constantes do “Guia Médico” localizado no Portal Corporativo (site) da CONTRATADA, **COM DIREITO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE APARTAMENTO PRIVATIVO**, conforme exposto nesta cláusula e na cláusula sobre ‘das regras de acesso à rede e de utilização dos serviços’.

17 - DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 17.1. Os valores das MENSALIDADES per capita - constarão de documento que assinado fica fazendo parte integrante deste Contrato - serão cobradas pelo sistema de **pré-estabelecido**, conforme a faixa etária do beneficiário.
- 17.2. A data para pagamento das MENSALIDADES será escolhida e informada na proposta de adesão anexa ao presente instrumento.
- 17.3. Em caso de atraso no pagamento das MENSALIDADES, o CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia, acrescido de honorários advocatícios em 20% sobre o valor devido quando houver atuação profissional de advogado para a recuperação extrajudicial do crédito, por força do disposto nos artigos 389, 395 e 404 do Código Civil.
- 17.4. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de R\$15,00 (quinze reais) acrescidos a MENSALIDADE, devida pelo beneficiário, vigente à época da solicitação. Esse valor será reajustado anualmente de acordo com o índice definido pela ANS ou outro que venha a substituí-lo.
- 17.5. O recebimento pela CONTRATADA de MENSALIDADES em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 17.6. O pagamento antecipado das MENSALIDADES não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.
- 17.7. O pagamento da MENSALIDADE referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

18 - DOS REAJUSTES

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE  
ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

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

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

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

18.5. Na hipótese de ocorrer alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** vinculado ao presente **Contrato**, a **mensalidade** permanecerá inalterada, não sendo aplicado qualquer reajuste em razão dessa mudança.

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

19.1. O presente Contrato vigorará por prazo mínimo de 12 meses, com início a partir da data de assinatura da proposta de adesão.

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

**20 - DA RESCISÃO CONTRATUAL**

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

- a. Pelo atraso do CONTRATANTE, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades, desde que a CONTRATADA tenha notificado por escrito o CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso (ou, se superior, respeitando sempre o prazo de 10 dias para fins de purgação da mora), cumulado ou consecutivo.
- b. Por fraude cometida pelo CONTRATANTE quando do preenchimento da entrevista qualificada, para omitir doença e lesão preexistente, após a devida apuração processual por parte da ANS.
- c. Pela prática de outras fraudes DEVIDAMENTE comprovadas por parte do beneficiário titular e/ou seus dependentes, com o intuito de obter vantagem ilícita para si ou para outrem, indenizando a CONTRATADA por todos os prejuízos que derem causa.



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

Individual e/ou Familiar

20.2. A rescisão contratual, por iniciativa do CONTRATANTE, somente poderá se dar mediante solicitação formalizada junto à CONTRATADA através dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, ou através da área específica no Portal Corporativo da CONTRATADA (Site).

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

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

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

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

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

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

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

**22 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

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



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE**  
Individual e/ou Familiar

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

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

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

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

**23 - DO FORO DE ELEIÇÃO**

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

As cláusulas acima expostas foram elaboradas em consonância com às Resoluções e Instruções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, encontrando-se devidamente registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Santos-SP sob o nº \_\_\_\_.





**Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil das  
Pessoas Jurídicas - Comarca de Santos - Estado de São Paulo**

Oficial: Marcelo da Costa Alvarenga

Avenida Ana Costa, 146, sala 909

(0XX13) 3216-2146 - oficial@rtdsantos.com.br - Horário das 10:00 às 17:00

**REGISTRO PARA FINS DE  
PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS**

**Nº 778.083 de 03/11/2025**

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo 33 (trinta e três) páginas, foi apresentado em 03/11/2025, o qual foi protocolado sob nº 683.623, tendo sido registrado eletronicamente sob nº 778.083 no Livro de Registro B deste Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Santos - SP, na presente data.

**Apresentante:** MATHEUS MARQUES CARVALHO

**Natureza:**  
MINUTA ELETRÔNICA

**Certifico, ainda,** que consta no documento eletrônico registrado a seguinte assinatura digital:

AUGUSTO CAPODICASA:08057250836(ICP-Brasil)

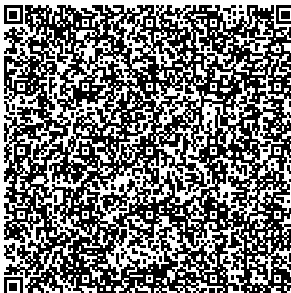
As assinaturas digitais qualificadas, com adoção do padrão ICP-Brasil, são verificadas e validadas pelo registrador, de acordo com as normas previstas em lei. No caso de assinaturas eletrônicas com utilização de padrões privados(não ICP-Brasil), o registrador faz apenas uma verificação junto à empresa responsável pelo padrão, a quem cabe a responsabilidade pela validade das assinaturas.

**\*Este certificado é parte integrante e inseparável do registro do documento acima descrito.**

Santos-SP, 03 de novembro de 2025

Ana Carolina Marins de Azevedo Soares Alvarenga - Substituta  
( ASSINADO ELETRONICAMENTE )

| Emolumentos       | Estado    | Ipesp     | RegistroCivil  | TribunaldeJustiça |
|-------------------|-----------|-----------|----------------|-------------------|
| R\$ 287,18        | R\$ 81,47 | R\$ 55,77 | R\$ 15,22      | R\$ 19,67         |
| MinistérioPúblico | ISS       | Condução  | OutrasDespesas | Total             |
| R\$ 13,66         | R\$ 5,74  | R\$ 0,00  | R\$ 0,00       | R\$ 478,71        |



Para verificar a autenticidade do documento, acesse o site da Corregedoria Geral da Justiça:  
<https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital  
1211454TIBD000013161DD25C