



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

1- QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

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

CONTRATADA, **ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DA SANTA CASA**
NOME FANTASIA **PLANO SANTA CASA SAÚDE**
CNPJ: **13.001.218/0001-02**
Endereço: **Rua Dr. Antônio Bento, nº 162, térreo, Vila Mathias**
Cidade: **Santos**
Estado: **São Paulo**
Registro ANS: **418021**
Classificação: **Medicina de Grupo**
CRM/SP: **20.295**

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

2- DADOS GERAIS DO PLANO

2.1. Nome Comercial do Plano: **Personal Senior Executivo**
2.2. Número de Registro na ANS: **478.682/17-3**
2.3. Tipo de Contratação: **Individual e Familiar**
2.4. Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia**
2.5. Área Geográfica de Abrangência do Plano: **GRUPO DE MUNICÍPIOS e que inclui as cidades de Santos-SP; São Vicente-SP; Praia Grande-SP.**
2.6. Área de Atuação do Plano de Saúde: **Cubatão/SP, Guarujá/SP, Praia Grande/SP, Santos/SP e São Vicente/SP**
2.7. Padrão de Acomodação em internação: **Apartamento**
2.8. Formação de Preço: **Pré-Pagamento**
2.9. Serviços e Coberturas Adicionais: **Não tem**
2.10. Fator Moderador: **Porta de Entrada.**



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

3- DO OBJETO E DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

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

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

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

4- DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

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

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

a) Enteados: apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da Lei nº 9.278/96 ou da Lei Orgânica da Previdência Social, além dos documentos relacionados nas letras “b”, “c” e “d” do item anterior;

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

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

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

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

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

- a) as MENSALIDADES deverão estar rigorosamente em dia;
- b) o (a) CONTRATANTE, deverá assinar Termo Aditivo de Inclusão; e
- c) a MENSALIDADE deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor per capita, correspondente à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com a tabela vigente na época.

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

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

- a) nos casos de morte;
- b) nos casos de perda da condição de dependente;



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

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

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

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

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

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

5- DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS na época da vigência do Rol;
- c) cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento conforme indicação do 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;

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

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

5.4. Cobertura dos procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- I) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de Saúde;

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

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

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

IV) radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial;

V) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

VI) hemoterapia ambulatorial;

VII) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) atendimentos à psicoterapia, em conformidade com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS vigente à época de contratação, que poderá ser realizada tanto psiquiatra ou médico devidamente habilitado;

c) tratamento básico prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

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

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

- 5.11. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 5.12. Fica garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.
- 5.13. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 5.14. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
- 5.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.
- 5.16. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
- 5.17. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 5.18. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 5.19. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- 5.20. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

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

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

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

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

5.29. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

6 - DA COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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

6.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária (CPT), a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnolo-



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

gia e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à da doença ou lesão preexistente.

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

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

7- DA ENTREVISTA QUALIFICADA

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

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

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

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

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

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

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

8- DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei 9.656/98, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

8.7. Nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO TITULAR.

9- DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTERHOSPITALAR

9.1. Está assegurada a cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente Contrato.

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

9.3. Nos atendimentos de urgência e emergência 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 nos casos de complicações no processo gestacional ou de atendimento de emergência ocorridos durante o prazo de carência para internação hospitalar, ultrapassada às 12 horas de atendimento ambulatorial, ou antes desse período houver a necessidade de internação o beneficiário terá direito, sob responsabilidade da CONTRATADA, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

9.4. 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 fi-



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

nanceira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a CONTRATADA, desse ônus financeiro.

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

9.6. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

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

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

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

11 – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

a) TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:

a.1) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/ não regularizados no país;

a.2) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou

a.3) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off - label);

b) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, ou seja, aquele que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

c) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO E DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, e de importados nacionalizados, quando existir similar nacional com especificações semelhantes;

f) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, isto é, prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos da ANS;



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

- g) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONITEC;
- h) FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- i) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- j) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- k) TRANSPLANTES, EXCETO DE Córnea e DE RIM, BEM COMO, DOS TRANSPLANTES AUTOLOGOS E ALOGÊNICOS LISTADOS ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS VIGENTE À ÉPOCA;
- l) CONSULTAS E INTERNAÇÕES DOMICILIARES, INCLUSIVE HOME CARE;
- m) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;
- n) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS;
- o) ESTABELECIMENTO PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;
- p) DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DO BENEFICIÁRIO OU ACOMPANHANTE EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, TAIS COMO, TV, FRIGOBAR, LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, INTERNET, ENFERMAGEM PARTICULAR, ESTACIONAMENTO, MATERIAIS DE PERFUMARIA, ENTRE OUTRAS;
- q) PROCEDIMENTOS RELACIONADOS NAS NORMAS REGULAMENTADORAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO NR-07 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO;
- r) REMOÇÃO POR VIA AÉREA;
- s) PARTOS A TERMO.

10.2. Entende-se como **PRÓTESE** todo e qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e, como **ÓRTESE** como qualquer material



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

12 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

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

a) Casos de urgência e emergência, definidos neste Contrato, devidamente caracterizadas através de declaração do médico assistente expressamente indicado no “Guia Médico”: 24 horas;

b) Demais procedimentos: 180 dias.

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

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

13 – DA REDE PREFERENCIAL E CREDENCIADA DO PLANO

13.1. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários de seu Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência ora contratada, os centros médicos ambulatoriais, serviços auxiliares de diagnósticos, e os hospitais da rede PREFERENCIAL e CREDENCIADA da CONTRATADA, constantes do “Guia Médico” localizado no Portal Corporativo (www.planoscs.com.br) da CONTRATADA bem como, relacionados na Cláusula 17 do presente Contrato.

13.1.1. A rede PREFERENCIAL consiste nos profissionais de saúde e estabelecimentos de serviços de saúde indicados expressamente no "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo da CONTRATADA (www.planoscs.com.br), e especialmente, a **Clínica de Especialidades SANTA SAÚDE CONSULTAS, localizadas na Rua Dr. Antonio Barreto, nº 162, 4º e 5º andares, Vila Mathias, Santos-SP.**

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

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

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

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

15.2. O beneficiário deverá, por meio dos Canais de Atendimento da CONTRATADA disponibilizados no "Guia Médico" e no Portal Corporativo (www.planoscs.com.br), agendar uma consulta nas especialidades de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Geriatria ou Ginecologia na **Clínica de Especialidades SANTA SAÚDE CONSULTAS, localizadas na Rua Dr. Antônio Barreto, nº 162, 4º e 5º andares, Vila Mathias, Santos-SP**, pertencente à rede PREFERENCIAL do plano, que o encaminhará, caso seja necessário, para o atendimento com o médico especialista tanto na rede PREFERENCIAL ou CREDENCIADA do plano, conforme disponibilidade.

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

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

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

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

15.7. Os casos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA poderão ser atendidos nos pronto-socorros dos Hospitais e pronto-atendimentos 24 horas pertencentes à rede PREFERENCIAL e/ou



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

CREENCIADA da CONTRATADA, constante do "Guia Médico" localizado no Portal Corporativo da CONTRATADA (www.planoscs.com.br), dentro da área geográfica de abrangência do plano especificada neste instrumento e relacionadas na Cláusula 17 do presente contrato.

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

15.9. Havendo a necessidade de Senha ou Guia de Autorização o beneficiário deverá entrar em contato com a CONTRATADA por meio dos Canais de Atendimentos disponibilizados no "Guia Médico" e no Portal Corporativo, informando o procedimento a ser solicitado e a hipótese diagnóstica através do código CID-10.

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

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

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

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

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

15.14. Nas internações hospitalares feitas em caráter de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, as Senhas de Autorização serão obtidas diretamente pelo estabelecimento hospitalar da rede PREFERENCIAL ou CREENCIADA por meio dos canais de comunicação disponibilizados pela CONTRATADA, e havendo a necessidade de prorrogação da internação, a entidade hospitalar



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

deverá encaminhar à CONTRATADA o pedido de prorrogação devidamente justificado, sem prejuízo do disposto no item 15.8 desta cláusula.

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

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

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

16- DA JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

17 - DO PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO

17.1. Os beneficiários inscritos no **PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO - REGISTRO NA ANS sob o nº 478.682/17-3** terão direito a cobertura AMBULATORIAL e HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA e consultas médicas, em números ilimitados, realizadas **exclusivamente** na Clínica de Especialidades **SANTA SAÚDE CONSULTAS**, localizada na Rua Dr. Antônio Bento nº 162, 4º e 5º andar – Vila Mathias ou nos consultórios indicados pela CONTRATANTE, e marcados através da CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS, conforme constantes do “Guia Médico” localizado no Portal Corporativo (www.planoscs.com.br) da CONTRATADA, **com direito a internação hospitalar em padrão apartamento com direito a acompanhante** na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizada na Rua Doutor Claudio Luís da Costa nº 50 – Jabaquara – Santos. Os serviços complementares de diagnósticos e tratamentos especializados também serão realizados na Santa Casa de Santos, e/ou nos locais indicados pela CONTRATANTE.

REDE CREDENCIADA

Cidade de Santos:

Urgência e Emergência	<u>IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SANTOS</u> Rua: Doutor Claudio Luís da Costa nº 50 – Jabaquara – Santos - Telefone: 32020600
Consultas	<u>SANTA SAÚDE CONSULTAS</u> Rua Antônio Bento nº 162 - 4º e 5º andar – Vila Mathias – Santos Telefone 3208-8100 Especialidades: Cirurgião plástico Cirurgião vascular Clinico geral Endocrinologista Gastroenterologista Geriatra Ginecologista Hematologista Infectologista Mastologista Nefrologista Neuro cirurgião Neurologista



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

	<p>Oftalmologista Oncologista Ortopedista Otorrinolaringologista Pediatra Pneumologista Proctologista Reumatologista Urologista</p>
--	---

Paramédicos (Psicólogo / Nutricionista)	<u>CENTRO DE GESTÃO</u> Rua Antônio Bento nº 162 - 1º andar – Vila Mathias – Santos Telefone: 3394-1093
Fonoaudióloga	<u>SANDRA ZANETTI</u> Rua Senador Pinheiro Machado Nº 879 - Marapé - Santos Telefone: 3239-1005
Raio X	<u>SANTA CASA DE SANTOS</u> Rua: Doutor Claudio Luís da Costa nº 50 – Jabaquara - Santos Telefone: 3202-0600
Eletrocardiograma	
Teste Ergométrico	
Endoscopia	
Colonoscopia	
Eco cardiograma	
Espirometria	
Laboratório	
Tomografia	
Ressonância Magnética	
Ultrassonografia	<u>MULT IMAGEM</u> Rua: Júlio Conceição nº 296 – Vila Matias – Santos Telefone: 3202-1250
Fisioterapia	<u>MEDICINA DO TRAUMA E REABILITACAO SANTISTA</u> Rua: Alexandre Herculano nº 204 – Boqueirão – Santos Telefone: 3234-2349/3234-2441
Procedimentos de Oftalmo	<u>INSTITUTO DE OLHOS DR. GROTONNE</u> Rua: Bento de Abreu nº 20 – Santos Telefone: 3295-8888
Procedimentos de	<u>SANTA SAÚDE CONSULTAS</u>



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

Otorrino	Rua Antônio Bento nº 162 4º e 5º andar – Vila Mathias – Santos Telefone 3208-8100
----------	--

18- DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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

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

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

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

18.5. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de 10% do valor da MENSALIDADE, devida pelo beneficiário, vigente à época da solicitação.

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

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

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

19 - DOS REAJUSTES

19.1. A MENSALIDADE e os eventuais valores referentes de co-participação e franquia e a Tabela de Preços para novas adesões, serão reajustados, independentemente da idade ou faixa etária



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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.

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

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

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

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

Nº	Faixa Etária	Aplicação	Percentual de Acréscimo
1	00-18	NÃO TEM	NÃO TEM
2	19-23	Ao completar 19 anos	29,27%
3	24-28	Ao completar 24 anos	31,67%
4	29-33	Ao completar 29 anos	5,00%
5	34-38	Ao completar 34 anos	5,00%
6	39-43	Ao completar 39 anos	5,00%
7	44-48	Ao completar 44 anos	5,00%
8	49-53	Ao completar 49 anos	5,00%
9	54-58	Ao completar 54 anos	30,00%
10	59 ou mais	Ao completar 59 anos	45,00%

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

20 - DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

21- DA RESCISÃO CONTRATUAL

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

a) Por fraude cometida pelo CONTRATANTE quando do preenchimento da entrevista qualificada, para omitir doença e lesão preexistente, após a devida apuração processual por parte da ANS.

b) E pelo atraso do CONTRATANTE, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades, desde que a CONTRATADA tenha notificado por escrito o CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

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

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

22- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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



**CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Individual/familiar
PLANO PERSONAL SENIOR EXECUTIVO**

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

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

23- DO FORO DE ELEIÇÃO

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

As cláusulas destas Condições Gerais do Plano PERSONAL SENIOR EXECUTIVO foram elaboradas em consonância com às disposições da Resolução Normativa RN 195, de 2009, Resolução Normativa RN nº 259, de 2011, Resolução Normativa RN nº 279, de 2011, Resolução Normativa RN nº 309, de 2012, Resolução Normativa RN nº 295, de 2012, Resolução Normativa RN nº 387, de 2015, Resolução Normativa RN nº 412, de 2016, Resolução Normativa nº 424, de 2017. e Anexo I da Instrução Normativa IN nº 23, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS e suas alterações, e encontra-se devidamente registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Santos sob o nº 694.416.