

**FICHA DE ADESÃO**Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar  
com Obstetrícia Empresarial

Contrato N.º

**01. DADOS CADASTRAIS**

Razão Social		Nome Fantasia	
Ramo de Atividade	C.N.P.J.	Insc. Municipal	Insc. Estadual
Endereço Av. / Rua / Al.		N.º	Complemento
Bairro	Município	U.F.	CEP
Endereço para Correspondência		N.º	Complemento
Bairro	Município	U.F.	CEP
Contato / Nome	Cargo	(DDD)Telefone Fixo/Fax	(DDD)Celular
Email / Site			

CATEGORIA DE PLANO	N.º Beneficiários	N.º de Dep.	Total Usuários	Mensalidades	Valor Total
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E CO-PARTICIPATIVO					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A CO-PARTICIPATIVO					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E CO-PARTICIPATIVO					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A CO-PARTICIPATIVO					
REFERÊNCIA(454.942/06-2)					
OPÇÃO DE RESGATE					

Total Geral R\$

**02. VENCIMENTO E FORMA DE PAGAMENTO**

- 2.1 - A 1ª fatura será remetida pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** devidamente quitada.
- 2.2 - As faturas mensais serão enviadas pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** à **CONTRATANTE** de acordo com a vigência do contrato, sendo:
- Vigência no dia 10 terão data de vencimento no dia 10 de cada mês;
  - Vigência no dia 20 terão data de vencimento no dia 20 de cada mês;
  - Vigência no dia 30 terão data de vencimento no dia 30 de cada mês;

**03. Vigência do Contrato**

Data de Adesão	Início da Vigência
Dia 01 a 10	Dia 20 do mês
Dia 11 a 20	Dia 30 do mês
Dia 21 a 30	Dia 10 mês subsequente

**04. DECLARAÇÃO DA EMPRESA CONTRATANTE**

Declaro que conheço os termos do contrato de cobertura do Plano de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, bem como dos aditivos e tabelas de preços, os quais foram aceitos sem reservas, e passam a fazer parte integrante deste contrato.

Assumo responsabilidade das declarações feitas, livre e espontaneamente, na qualidade de responsável pelos usuários incluídos e, como representante da Contratante, a obrigação pelo pagamento das mensalidades e o cumprimento das demais obrigações integrantes dos planos que agora sbscrevo.

Local e Data

Assinatura da Empresa - Sob Carimbo

**05. RECIBO**

O Consultor abaixo assinado, declara que, por autorização do **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO**, recebeu da **CONTRATANTE** a importância abaixo, referente ao pagamento da primeira mensalidade do plano ora proposto, sendo que a 1ª fatura correspondente a este pagamento será remetida pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** devidamente quitada, ficando estabelecido que se a proposta não for aceita, os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais faturas deverão ser pagas somente nos bancos.

Total das mensalidades R\$	Valor resgate R\$	Valor total pago por extenso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**06. CORRETORA AUTORIZADA****07. REPASSE AUTORIZADO**

<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>	Código
----------------------	--------	----------------------	--------

Nome do Corretor

CPF

TELEFONE

ANS-nº 31421-8

**FICHA DE ADESÃO**Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar  
com Obstetrícia Empresarial

Contrato N.º

**01. DADOS CADASTRAIS**

Razão Social			Nome Fantasia		
Ramo de Atividade		C.N.P.J.	Insc. Municipal		Insc. Estadual
Endereço Av. / Rua / Al.				N.º	Complemento
Bairro		Município	U.F.	CEP	
Endereço para Correspondência				N.º	Complemento
Bairro		Município	U.F.	CEP	
Contato / Nome		Cargo	(DDD)Telefone Fixo/Fax		(DDD)Celular
Email / Site					

CATEGORIA DE PLANO	N.º Beneficiários	N.º de Dep.	Total Usuários	Mensalidades	Valor Total
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E CO-PARTICIPATIVO					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A CO-PARTICIPATIVO					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E CO-PARTICIPATIVO					
SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A CO-PARTICIPATIVO					
REFERÊNCIA(454.942/06-2)					
OPÇÃO DE RESGATE					

Total Geral R\$

**02. VENCIMENTO E FORMA DE PAGAMENTO**

- 2.1 - A 1ª fatura será remetida pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** devidamente quitada.
- 2.2 - As faturas mensais serão enviadas pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** à **CONTRATANTE** de acordo com a vigência do contrato, sendo:
- Vigência no dia 10 terão data de vencimento no dia 10 de cada mês;
  - Vigência no dia 20 terão data de vencimento no dia 20 de cada mês;
  - Vigência no dia 30 terão data de vencimento no dia 30 de cada mês;

**03. Vigência do Contrato**

Data de Adesão	Início da Vigência
Dia 01 a 10	Dia 20 do mês
Dia 11 a 20	Dia 30 do mês
Dia 21 a 30	Dia 10 mês subsequente

**04. DECLARAÇÃO DA EMPRESA CONTRATANTE**

Declaro que conheço os termos do contrato de cobertura do Plano de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, bem como dos aditivos e tabelas de preços, os quais foram aceitos sem reservas, e passam a fazer parte integrante deste contrato.

Assumo responsabilidade das declarações feitas, livre e espontaneamente, na qualidade de responsável pelos usuários incluídos e, como representante da Contratante, a obrigação pelo pagamento das mensalidades e o cumprimento das demais obrigações integrantes dos planos que agora sbscrevo.

Local e Data

Assinatura da Empresa - Sob Carimbo

**05. RECIBO**

O Consultor abaixo assinado, declara que, por autorização do **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO**, recebeu da **CONTRATANTE** a importância abaixo, referente ao pagamento da primeira mensalidade do plano ora proposto, sendo que a 1ª fatura correspondente a este pagamento será remetida pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** devidamente quitada, ficando estabelecido que se a proposta não for aceita, os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais faturas deverão ser pagas somente nos bancos.

Total das mensalidades R\$	Valor resgate R\$	Valor total pago por extenso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**06. CORRETORA AUTORIZADA****07. REPASSE AUTORIZADO**

<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>	Código
----------------------	--------	----------------------	--------

Nome do Corretor

CPF

TELEFONE

ANS-nº 31421-8

## Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	04
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	04
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	04
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	05
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	07
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	10
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	12

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	11
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	15
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	11
<i>RESCISÃO/SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	21
<i>REAJUSTE</i>	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 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.	18
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	20

*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 INTEGRAL 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 Prestação de Serviços de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

Qualificação da Operadora .....	4
Qualificação do Contratante .....	4
Tipo de contratação .....	4
Do objeto e da natureza do contrato .....	5
Das condições de admissão dos beneficiários .....	6
Das coberturas e dos procedimentos garantidos .....	7
Cobertura ambulatorial .....	7
Cobertura hospitalar .....	8
Cobertura de transtornos psiquiátricos .....	9
Cobertura de transplantes .....	10
Cobertura obstétrica .....	10
Das exclusões e limitações de cobertura .....	10
Da vigência contratual .....	11
Dos períodos de carência .....	11
Das doenças e lesões preexistentes .....	12
Do atendimento de urgência e emergência .....	13
Da remoção inter-hospitalar .....	14
Do reembolso .....	14
Da co-participação .....	15
Das regras de utilização .....	16
Da rede credenciada .....	17
Das divergências de natureza médica .....	17
Do pagamento da mensalidade .....	17
Dos reajustes .....	18
Das garantias para demitidos, exonerados e aposentados .....	19
Das condições da perda da qualidade de beneficiário .....	20
Da suspensão do atendimento e da rescisão contratual .....	20
Da transferência do plano .....	21
Das disposições gerais .....	21
Do foro de eleição .....	22

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

### QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

**ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J./MF sob o nº 60.975.174/0001-00, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 31.421-8, classificada como Operadora Filantrópica de Planos de Assistência à Saúde, com sede à Rua Terenas, nº 207, Alto da Mooca, São Paulo/SP, doravante denominado **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**.

### QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: \_\_\_\_\_

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

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Cep.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

A escolha do plano será feita exclusivamente pela **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**, dentre as seguintes opções:

NOME COMERCIAL	REGISTRO ANS	ACOMODAÇÃO	SEGMENTAÇÃO
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E</b>	465.672/11-5	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A</b>	465.674/11-1	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E</b>	465.673/11-3	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A</b>	465.671/11-7	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E CO-PARTICIPATIVO</b>	463.172/10-2	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A CO-PARTICIPATIVO</b>	465.668/11-7	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E CO-PARTICIPATIVO</b>	465.667/11-9	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A CO-PARTICIPATIVO</b>	465.670/11-9	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

**ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:**

NOME COMERCIAL	MUNICÍPIOS
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo, Mauá, São Caetano do Sul, Santos, Cubatão, Guarujá, Praia Grande e São Vicente.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo, Mauá, São Caetano do Sul, Santos, Cubatão, Guarujá, Praia Grande e São Vicente.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E CO-PARTICIPATIVO</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A CO-PARTICIPATIVO</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E CO-PARTICIPATIVO</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo, Mauá, São Caetano do Sul, Santos, Cubatão, Guarujá, Praia Grande e São Vicente.
<b>SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A CO-PARTICIPATIVO</b>	São Paulo, Osasco, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo, Mauá, São Caetano do Sul, Santos, Cubatão, Guarujá, Praia Grande e São Vicente.

**ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:** A área de atuação da Operadora compreende a Região 4, de acordo com o Anexo III, da IN 23/2009, da DIPRO/ANS.

**FORMAÇÃO DO PREÇO:** Pré-pagamento na forma de mensalidade.

**DO OBJETO E DA NATUREZA DO CONTRATO**

**1.** O presente contrato tem por objetivo garantir a prestação de cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, bem como do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado e publicado pela ANS, vigente à época do evento.

**1.1** - O presente contrato é de adesão, bilateral, que direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

2. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, abrangendo:

2.1 - Os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;

2.2 - Os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

2.3 - Os agentes políticos;

2.4 - Os trabalhadores temporários;

2.5 - Os estagiários e menores aprendizes; e

3. Caberá ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** exigir a documentação necessária e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário.

4. Poderão vincular-se na condição de **BENEFICIÁRIO TITULAR** da pessoa jurídica contratante as pessoas físicas de qualquer idade, desde que apresentados os seguintes documentos:

4.1 - Documentos pessoais: RG, CPF;

4.2 - Proposta de Adesão devidamente assinada pelo beneficiário titular ou por seu representante legal;

4.3 - Certidão de Nascimento, no caso de menor de idade;

4.4 - Comprovante do vínculo profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica contratante;

4.5 - Outros documentos solicitados pela Operadora.

5. Poderão vincular-se na condição de **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, desde que comprovado a dependência econômica, os seguintes familiares:

5.1 - o cônjuge ou companheiro(a) com comprovação documental do vínculo;

5.2 - os filhos, enquanto solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários;

5.3 - o menor sob guarda e tutelado;

6. Os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** serão incluídos no plano de saúde, desde que apresentados os seguintes documentos:

6.1 - Cônjuge:

a) Documentos pessoais: RG e CPF;

b) Cópia da certidão de casamento civil, ou;

c) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.

6.2 - Companheiro(a):

a) Documentos pessoais RG e CPF;

b) Declaração de união estável (de próprio punho);

c) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.



### 6.3-Filhos, menor sob guarda e tutelado:

- a) Certidão de nascimento, de adoção ou documento tutelar legal;
- b) Documentos pessoais: RG e CPF, quando houver;
- c) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.
- d) Termo de adoção, guarda ou tutela.
- e) Declaração de matrícula para os filhos que estejam cursando universidade;
- f) Os documentos listados acima deverão ser renovados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição.

7. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

8. Aos **BENEFICIÁRIOS** deste contrato será assegurada:

**8.1** - A inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9.656/1998); e

**8.2** - A inscrição de recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, (artigo 12, III, alínea "b", da Lei 9.656/1998), sendo-lhes vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado.

## DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9. Serão garantidas as coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, observando-se os procedimentos previstos no artigo 12 da Lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, conforme segue:

**9.1** - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, abrangendo as ações de concepção, anticoncepção, atividades educacionais, aconselhamentos e atendimento clínico, previstos no Anexo I, da Resolução Normativa nº 192/09, ou outra que vier a substituí-la.

**9.2** - 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;

**9.3** - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

## COBERTURA AMBULATORIAL

10. A cobertura na segmentação **AMBULATORIAL** compreende:

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

**10.2** - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

**10.3** - 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;

**10.4** - psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

**10.5** - procedimentos de fisioterapia 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;

**10.6** - os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

## COBERTURA HOSPITALAR

**11.** A cobertura na segmentação **HOSPITALAR** compreende:

**11.1** - internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

**11.2** - internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**11.3** - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

**11.4** - 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;

**11.5** - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

**11.6** - remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

**11.7** - despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

**11.8** - cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, 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, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

**11.9** - 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 e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

**11.10** - os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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 e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

**11.11** - procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

**11.12** - 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;

**11.13** - cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

**11.14** - procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, a critério do médico assistente.

## COBERTURA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

**12.** Será garantida a cobertura para o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10, garantindo:

**12.1** - o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio ou auto-agressão e/ou em risco de danos patrimoniais importantes;

**12.2** - a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, nos termos e limites estabelecidos nas Diretrizes de Utilização (DUT), editadas e publicadas pela ANS;

**12.3** - o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

**12.4** - os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

**12.5** - tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, nos termos e limites estabelecidos nas Diretrizes de Utilização (DUT), editadas e publicadas pela ANS;

**13.** Havendo necessidade de continuidade da internação para tratamento de transtorno psiquiátrico, após o decurso dos prazos acima previstos, dentro do mesmo ano, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** se responsabilizará pelo pagamento de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor das despesas cujos procedimentos sejam cobertos por este contrato, e o valor restante deverá ser pago pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** diretamente ao prestador de serviços.

#### **COBERTURA DE TRANSPLANTES**

**14.** Será garantida a cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, abrangendo:

**14.1** - As despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, excetuando-se os medicamentos de manutenção;

**14.2 - O BENEFICIÁRIO**, candidato à transplante de rim ou córnea, proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

#### **COBERTURA OBSTÉTRICA**

**15.** Será garantida a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, incluindo:

**15.1** - um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

**15.2** - a assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;

#### **DAS EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DE COBERTURA**

**16.** Estão excluídos da cobertura deste contrato todos os procedimentos a seguir especificados:

**16.1** - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

**16.2** - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

**16.3** - Inseminação Artificial;

**16.4** - Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;

**16.5** - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

**16.6** - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

**16.7** - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

**16.8** - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

**16.9** - Tratamento para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

**16.10** - Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

**16.11** - Transplantes, à exceção de córnea, rim e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicado pela ANS;

**16.12** - Aluguel de equipamento, aparelhos, móveis e utensílios hospitalares ou similares, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar;

**16.13** - Despesas não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar durante a internação, tais como: jornais, TV, telefone e frigobar;

**16.14** - Diagnósticos, tratamentos clínicos e cirúrgicos de patologias não abrangidas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Versão 10 (CID-10), da Organização Mundial de Saúde;

**16.15** - Fornecimento de medicamentos, materiais, assistência médica, enfermagem, fisioterapia e oxigenoterapia para tratamento em ambiente domiciliar;

**16.16** - Procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

**16.17** - Procedimentos odontológicos, salvo cirurgia de buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar;

### DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

**17.** O presente instrumento terá vigência mínima de 1 (um) ano, sendo que a partir desse período será automaticamente renovado e vigorará por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

**17.1** - A data do início da vigência contratual será aquela especificada na Proposta pela **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**.

### DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

**18.** As coberturas previstas no presente instrumento passarão a vigorar após cumprimento dos prazos de carência abaixo descritos:

PROCEDIMENTOS / EVENTOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES	CARÊNCIA INCLUSÃO ATÉ 30 DIAS	CARÊNCIA INCLUSÃO APÓS 30 DIAS
Atendimento de Urgência e Emergência	-	24 horas
Consultas em consultórios ou ambulatórios	-	24 horas
Colpocitologia Oncológica (papanicolau), Raios-X Simples, Testes Alérgicos, Exames Laboratoriais Básicos para Diagnósticos, Ultra-som Obstétrico, PSA Total, Colposcopia.	-	15 dias
Tonometria, Campimetria Manual, Impedanciometria, Remoção de Cerúmen, Mapeamento de Retina, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Audiometria (exceto e vocal), Retinografia (exceto fluorescente)	-	30 dias
PSA Livre, Mamografias, Retinografia Fluorescente, Audiometria Vocal, Endoscopia.	-	30 dias

PROCEDIMENTOS / EVENTOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES	CARÊNCIA INCLUSÃO ATÉ 30 DIAS	CARÊNCIA INCLUSÃO APÓS 30 DIAS
Internação Cirúrgica e Clínica, Acupuntura, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Densitometria óssea, Ultra-sonografias, Quimioterapia e Radioterapia (em Oncologia), Biopsias, Exames Laboratoriais Especiais para Diagnósticos, Tratamento de transtornos psiquiátricos por uso de substância química e todos os demais procedimentos, Exames e Cirurgias, com exceção dos tratamentos/procedimentos relacionados no quadro abaixo.	-	60 dias
Internação Hospitalar Obstétrica (Parto e suas conseqüências)	-	300 dias

19. A contagem dos prazos de carência se dará a partir da data de ingresso de cada beneficiário.

20. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência nos planos com 30 participantes ou mais, desde que os beneficiários formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

#### DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

21. Entende-se por **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)** aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998 e as diretrizes estabelecidas nas Resoluções Normativas da ANS.

22. O beneficiário deverá informar por meio da Declaração de Saúde o conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do art. 13, da Lei nº 9.656, de 1998.

22.1 - A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

22.2 - O beneficiário terá o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus.

22.3 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

22.4 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

23. O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** terá como obrigação proteger as informações prestadas nas declarações de saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

24. Declarada a Doença ou Lesão Preexistente, o beneficiário deverá cumprir a **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, cujo conceito é a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de 24 meses, contados da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

25. Eventuais divergências acerca da existência de **DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE (DLP)** deverão ser dirimidas pela ANS, com base nas disposições contidas na Resolução Normativa nº 162/2007, ou qualquer outra que vier a substituí-la, observando o seguinte:

26. Havendo indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, oferecendo o cumprimento da CPT pelos meses restantes, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano;

27. Caso o **BENEFICIÁRIO** não concorde com a alegação de DLP, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

27.1 - A ANS intimará o **BENEFICIÁRIO** para se manifestar, assim como para apresentar os documentos e os esclarecimentos que julgar necessários para a instrução do processo.

27.2 - Após julgamento e acolhida a alegação do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, o **BENEFICIÁRIO**, 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 do recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário.

27.3 - Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

28. Será vedada a alegação de omissão de informação de **DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE** quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

29. Não haverá **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que (30) trinta, desde que os beneficiários formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

## DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

30. Define-se como casos de urgência e emergência:

30.1 – Casos de urgência: os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

30.2 – Casos de emergência: os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

31. Os casos de urgência e emergência serão garantidos pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, nas seguintes condições:

31.1 - Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato;

**31.2** - Os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, após cumprimento do período de carência;

**31.3** - Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;

**31.4** - O atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às **DOENÇAS OU LESÕES PREEEXISTENTES**;

**31.5** - O atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

### DA REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

**32.** Será assegurada aos beneficiários a remoção inter-hospitalar, dentro da área geográfica de abrangência do plano (artigo 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9.656/1998), nas seguintes condições:

**32.1** - remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

**32.2** - remoção para unidade do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação, nos casos de cumprimento de período de carência;

**32.3** - remoção para unidade do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo 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.

**33.** Quando não puder haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, desse ônus;

**34.** O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** se responsabilizará pela remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, disponibilizando 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;

**35.** Quando o paciente e seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

### DO REEMBOLSO

**36.** Nos casos de atendimentos de urgência e emergência, ocorridos dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes.



37. Para efeito de reembolso, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** deverá apresentar a solicitação no prazo máximo de 1 (um) ano, contado da data do evento, os seguintes documentos:

37.1 - Cópia do boletim de atendimento, contendo data, hora e local de atendimento, diagnóstico, procedimento realizado e as condições que caracterizaram a urgência e emergência, com o devido carimbo e assinatura do médico responsável;

37.2 - Recibo ou Nota Fiscal da conta hospitalar discriminada, inclusive com a relação de materiais, medicamentos, taxas, etc; e,

37.3 - Recibo ou Nota Fiscal dos honorários médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, apontando o número do CPF e do CRM do profissional.

38. O valor do reembolso será calculado, observando-se os seguintes parâmetros:

38.1 - Honorários Médicos e Serviços Auxiliares de Diagnose: Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) versão 1990, observado o CH (Coeficiente de Honorários) de 0,20;

38.2 - Medicamentos e Materiais Cirúrgicos: Guia **BRASÍNDICE**, vigente na data de sua utilização, ou, alternativamente, Tabela **SIMPRO**; e,

38.3 - Taxas e Diária: Tabela praticada pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** perante aos demais prestadores;

39. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega dos documentos, desde que não haja necessidade de informações e/ou documentos complementares.

40. Fica garantido que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** junto à rede de prestadores do respectivo plano.

#### DA CO-PARTICIPAÇÃO

41. Será devido o pagamento de **CO-PARTICIPAÇÃO** nos planos **SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10E CO-PARTICIPATIVO, SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10A CO-PARTICIPATIVO, SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20E CO-PARTICIPATIVO e SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20A CO-PARTICIPATIVO**, independente da **MENSALIDADE**, quando o beneficiário realizar consultas e exames em regime ambulatorial ou durante a internação em Hospital Dia (Day Hospital), da seguinte forma:

41.1 - Consultas = R\$ 7,00 (sete reais)

41.2 - Consulta em Pronto Socorro = R\$ 10,00 (dez reais)

41.3 - Exames/Procedimentos = 20 % (vinte por cento) do valor, limitados a quantia de R\$ 100,00 (cem reais) por procedimento.

42. Os valores referentes a **CO-PARTICIPAÇÃO** serão reajustados anualmente com base no mesmo percentual autorizado pela ANS para reajuste da **MENSALIDADE**.

43. Os valores da **CO-PARTICIPAÇÃO** serão cobrados pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** juntamente com a **MENSALIDADE**.

44. Nos meses em que ocorrer a cobrança de **CO-PARTICIPAÇÃO**, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** enviará um extrato de utilização a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** do qual constará o nome ou a razão social do prestador de serviços, número do CPF ou do CNPJ, a discriminação do serviço realizado e o valor da **CO-PARTICIPAÇÃO** (individual e total).

45. No caso de dúvidas ou incorreções em relação aos serviços discriminados no Extrato de Utilização a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** deverá comunicar imediatamente o Setor de Relacionamento do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** para que sejam prestados os esclarecimentos ou adotadas as medidas que se fizerem necessárias.

46. Não estarão sujeitas à **CO-PARTICIPAÇÃO**, as consultas e exames realizados em regime de internação hospitalar, clínica ou cirúrgica.

### **DAS REGRAS DE UTILIZAÇÃO**

47. Para que os **BENEFICIÁRIOS** tenham garantidas as coberturas previstas neste contrato, deverão apresentar aos prestadores de serviços credenciados pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, os seguintes documentos:

47.1 - o documento de identidade legalmente reconhecido com foto; e

47.2 - o cartão de identificação fornecido pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**.

48. Dependerá da prévia autorização do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, a realização dos procedimentos e tratamentos abaixo relacionados:

48.1 - **INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA**: As autorizações deverão ser solicitadas pelas instituições responsáveis pelos atendimentos ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**;

48.2 - **INTERNAÇÕES ELETIVAS E/OU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**: As autorizações deverão ser solicitadas à Central de Relacionamento do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** com, pelo menos, 3 (três) dias úteis de antecedência da data prevista para internação;

48.3 - **TODOS OS SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA REALIZADOS EM REGIME AMBULATORIAL**: As autorizações deverão ser solicitadas à Central de Relacionamento do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**; e,

48.4 - **UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES, ÓRTESES, SÍNTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**: As autorizações para procedimentos que envolvam esses materiais deverão ser solicitadas à Central de Relacionamento do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** com, pelo menos, 15 (quinze) dias de antecedência. Este prazo não se aplica aos casos de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**.

49. Além das regras de utilização acima especificadas, também deverão ser observadas aquelas contidas no **ORIENTADOR MÉDICO-HOSPITALAR**.

50. As guias de autorização devem ser devidamente preenchidas e assinadas pelo prestador, bem como pelo paciente, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que as orientam.

51. As autorizações para o caso de urgência e emergência deverão ser solicitadas à Central de Direcionamento e Apoio Hospitalar (CDAH) pelo prestador de serviços.

52. A autorização para internações hospitalares, cirurgias eletivas, procedimentos especiais, próteses, órteses, sínteses e materiais especiais, sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, deverão ser solicitadas à Central de Relacionamento através de guia de autorização preenchida e assinada pelo prestador de serviço credenciado.

53. A rotina para obtenção e emissão da resposta à solicitação médica, será efetuada no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência e emergência.

54. Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**.

## DA REDE CREDENCIADA

**55.** A **REDE CREDENCIADA**, constituída por médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e pronto-socorros, encontra-se relacionada no **ORIENTADOR MÉDICO-HOSPITALAR**, que está a disposição de forma gratuita aos **BENEFICIÁRIOS**.

**56.** Além da distribuição do Orientador Médico-Hospitalar (livreto ou CD) os beneficiários terão acesso às informações da **REDE CREDENCIADA**, por meios de divulgação eletrônica, no site do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, [www.saocristovao.com.br](http://www.saocristovao.com.br).

**57.** É facultada ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17º e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

**57.1** Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por decisão do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** durante período de internação do beneficiário, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** manterá a internação até a alta hospitalar.

**57.2** Excetua-se do previsto no item anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

## DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

**58.** Em caso de divergência de natureza médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**.

**59.** Cada parte arcará com as despesas de seu médico assistente, caso o escolhido pelo beneficiário não seja um credenciado do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**. Os honorários do terceiro serão suportados pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**.

**60.** Após a análise da junta médica, fica reservado ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste regulamento.

## DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE

**61.** A contraprestação pecuniária devida ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** será efetuada na forma de pré-pagamento, pela **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**, cujo valor será apurado a partir do número total dos beneficiários, observados os respectivos valores individuais fixados na Proposta de Adesão.

**62.** O número total de beneficiários existentes será apurado observando-se as inclusões, exclusões e transferências, da seguinte forma:

**62.1** - Para as mensalidades com vencimento no dia 10, serão consideradas as inclusões, exclusões e transferências solicitadas até o dia 24 do mês imediatamente anterior;

**62.2** - Para as mensalidades com vencimento no dia 20, serão consideradas as inclusões, exclusões e transferências solicitadas até o dia 05 do mês vigente; e

**62.3** - Para as mensalidades com vencimento no dia 30, serão consideradas as inclusões, exclusões e transferências solicitadas até o dia 15 do mês vigente.

**63.** Caso não seja possível considerar a inclusão, exclusão ou transferência de plano na mensalidade imediatamente posterior, o acerto, de eventual crédito ou débito, será efetuado na próxima mensalidade, devendo o respectivo valor individual ser calculado proporcionalmente.

**64.** O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** enviará à **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** o respectivo Recibo, acompanhado da relação de beneficiários e do boleto bancário, cuja data de vencimento será aquela fixada na Proposta de Adesão.

**65.** O não pagamento da **MENSALIDADE** nos seus respectivos vencimentos, acarretará a imposição cumulativa de:

**65.1** - correção monetária calculada com base na variação acumulada do Índice Geral de Preços Mercado (IGP/M), apurado pela Fundação Getúlio Vargas - FGV, ou outro índice que venha a substituí-lo;

**65.2** - multa de 2% sobre o valor do débito em atraso; e

**65.3** - juros de 1% ao mês (0,033 ao dia).

**66.** Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

## DOS REAJUSTES

**67.** Os valores da **MENSALIDADE** e da **TABELA DE PREÇO** para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice de sinistralidade, que será apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato;

**68.** Em ocorrendo, na vigência do contrato, elevação dos custos básicos do plano, no que tange às despesas médico-hospitalares, em percentual superior ao utilizado para o reajuste acima referido, as mensalidades poderão ser revisadas com base nessa variação.

**69.** Haverá reajuste por sinistralidade quando as despesas assistenciais ultrapassarem as receitas diretas do plano no índice de 60% (sessenta por cento), com base no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

**70.** No caso de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo será procedido de forma complementar ao reajuste anual.

**71.** Não será aplicado reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

**72.** Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato no mesmo plano.

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

**74.** O reajuste da co-participação será com base no mesmo índice do reajuste proposto para as mensalidades.

## FAIXAS ETÁRIAS

**75.** Neste contrato não se aplica a variação no valor das mensalidades em decorrência da mudança de faixa etária, uma vez que o cálculo da contribuição pecuniária é per capita.

## DAS GARANTIAS PARA DEMITIDOS, EXONERADOS E APOSENTADOS

**76.** Ao beneficiário que contribuir para o respectivo plano coletivo empresarial, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

**76.1** - O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

**77.** Ao aposentado que contribuir para o plano coletivo empresarial, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

**77.1** - Ao aposentado que contribuir por período inferior a dez anos é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

**78.** O beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da rescisão contratual, sendo-lhe garantido:

**78.1** - A extensão do benefício a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho;

**78.2** - A permanência dos dependentes cobertos pelo plano coletivo empresarial no caso de morte do titular, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;

**78.3** - As vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

**79.** O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

**79.1** - pelo decurso dos prazos previstos na legislação vigente;

**79.2** - pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

**79.3** - pelo cancelamento do plano coletivo empresarial pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

## DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**80.** Somente a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** poderá solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários.

**81.** O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

**81.1** - fraude; ou

**81.2** - por perda dos vínculos do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, ressalvado os casos de demitidos, exonerados e aposentados.

**82.** A **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** deverá solicitar a exclusão dos beneficiários quando:

**82.1**- Extinguir o vínculo do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante;

**82.2** - Ocorrer a perda da qualidade de dependente;

**82.3** - Falecimento;

**82.4** - Por decisão da pessoa jurídica contratante;

**82.5** - A pedido do beneficiário titular.

## DA SUSPENSÃO DOS ATENDIMENTOS E DA RESCISÃO CONTRATUAL

**83.** O atraso no pagamento da mensalidade por prazo superior a 10 (dez) dias suspenderá automaticamente o direito às coberturas previstas neste contrato, durante o período de inadimplência, os quais somente serão restabelecidos a partir da zero hora do dia seguinte ao dia do efetivo pagamento da mensalidade em atraso.

**84.** O término da suspensão do atendimento não dará direito a cobertura de eventos que se tenham sido realizados durante a suspensão;

**85.** Se ocorrer a indevida utilização das coberturas garantidas por este contrato, em período de suspensão de atendimento por atraso no pagamento, a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** será a única responsável, perante o prestador de serviços, pelo pagamento das despesas que o fato der causa.

**86.** Este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, após decorrido o prazo de um ano de vigência, mediante notificação expressa com antecedência mínima de 30 (trinta) dias se a rescisão for motivada, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, se imotivada.

**87.** Ocorrendo a rescisão antes do prazo mínimo de vigência por iniciativa da **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**, esta deverá pagar ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes, para se completar a vigência mínima, calculada pela média das faturas emitidas.

**88.** Sem prejuízo das penalidades legais, o Contrato será automaticamente rescindido, ainda que não tenha atingido o prazo mínimo de vigência, nas seguintes hipóteses:

**88.1** – Falta de pagamento da **MENSALIDADE** por prazo superior a 30 (trinta) dias;

**88.2** – Fraude praticada pela **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** ou por seus beneficiários;

**88.3** – Falência, dissolução, liquidação judicial, liquidação extrajudicial ou declaração de insolvência de qualquer das partes contratantes.

## DA TRANSFERÊNCIA DE PLANO

- 89.** Durante a vigência deste contrato poderá ser solicitada, através da **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO** a transferência de plano de um ou mais **BENEFICIÁRIOS** para outro plano abrangido por este CONTRATO.
- 90.** Para efeito de determinação da **DATA DE TRANSFERÊNCIA** será considerado o 5º dia útil após o recebimento, pelo **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO**, da **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO**.
- 91.** A transferência de Plano somente poderá ser solicitada após 12 (doze) meses da **DATA DA INCLUSÃO**, sendo certo que entre uma transferência e outra deverá ser observado o prazo mínimo de 12 (doze) meses.
- 92.** Tratando-se de transferência de Plano com Padrão de Acomodação **QUARTO COLETIVO** para plano com Padrão de Acomodação **QUARTO INDIVIDUAL**, o **BENEFICIÁRIO** deverá cumprir prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internações no novo Padrão de Acomodação. Caso contrário, tratando-se de transferência de plano com Padrão de Acomodação **QUARTO INDIVIDUAL** para plano com Padrão de Acomodação **QUARTO COLETIVO**, não haverá necessidade de cumprimento de prazo de carência, relativamente ao padrão de acomodação.

## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 93.** Os Planos abrangidos pelo presente contrato deverão possuir **no mínimo 100 (cem) BENEFICIÁRIOS**.
- 93.1.** Se no decorrer da vigência o contrato apresentar um número de beneficiários **inferior a 85 vidas**, haverá recálculo nos valores da mensalidade a partir do mês subsequente à verificação, utilizando-se como base a **Tabela de Preço do PME** comercializada pela Operadora, observando-se os valores e as respectivas faixas-etárias.
- 94.** O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** se reserva no direito de solicitar, a qualquer momento e através do seu Coordenador Médico, informações sobre o estado de saúde dos beneficiários da **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE**, quer diretamente ou na rede de saúde, pública e privada, sem que isso constitua quebra do sigilo profissional, inclusive quanto aos prontuários médicos.
- 95.** Qualquer concessão que vier a ser praticada pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, no tocante à prestação de serviços de assistência médica, objeto do presente contrato, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** e/ou pelo **BENEFICIÁRIO**.
- 96.** Ocorrendo perda, extravio ou danificação do cartão de identificação, a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** deverá comunicar o fato imediatamente ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, para o devido bloqueio, sob pena de responder pelas despesas originadas de seu uso indevido, ainda que utilizado por terceiros estranhos ao plano.
- 97.** Encerrando o vínculo originado deste contrato ou o vínculo com o beneficiário, qualquer que sejam os motivos, a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** fica obrigada a devolver ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** os cartões de identificação utilizados durante a vigência do contrato, sob pena de responder por eventuais despesas resultantes do seu uso indevido, pelos seus **BENEFICIÁRIOS** ou por terceiros.
- 98.** Quando ocorrerem mudanças nas condições pactuadas neste contrato, as mesmas deverão ser feitas por escrito, sendo necessária a anuência das partes, salvo aquelas mudanças relacionadas diretamente aos critérios estruturais das garantias de coberturas oferecidas, que são de competência exclusiva da **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**.
- 99.** Integram o presente contrato quaisquer documentos entregues aos beneficiários que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, dentre eles: Proposta de adesão, Declaração de Saúde, Guia do Beneficiário, Guia

## DO FORO DE ELEIÇÃO

**100.** Fica eleito o foro do domicílio da **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** para dirimir quaisquer dúvidas ou questões, oriundas do presente contrato.