PLANO DE SAÚDE

SANTA CASA DE SANTOS

O melhor atendimento em plano de saúde.

ANS - nº 41.802-1

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

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

A **ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAUDE DA SANTA CASA DE SANTOS**, com inscrição no CNPJ sob o n.º 13.001.218/0001-02, e registro de Operadora de Planos de Saúde, na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o n.º 41.802-1, com sua sede na Rua Vasconcelos Tavares, n.º 02, Centro, neste Município de Santos, SP, por seu Diretor Presidente, Dr. Paulo Wiazowski Filho, portador da Cédula de Identidade de RG. n.º 16.963.588-0, inscrito no CPF/MF nº 116.755.048-06, vem requerer de V. S., proceder ao REGISTRO PERANTE ESSE CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DE SANTOS/ SP, de seu modelo padrão de Plano individual/ familiar, de adesão bilateral ao **CONTRATO DE OPERAÇAO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAUDE**, registrado perante a Agência Nacional de Saúde – ANS, sob n.º 473.720/15-2 sob a denominação de **STANDARD POP C/ OBSTETRÍCIA + ODONTO**; atendendo ao princípio da publicidade de seus atos, para todos os fins e efeitos de direito.

Último ato efetuado perante esse Cartório consiste no Registro da Ata de sua AGO de 26/03/2015 da: Prenotação sob o n.º 65388 de 06/05/2015 e com Registro sob o n.º 52652 de 21/05/2015. – Apresentando-se requerimento de registro simultâneo de 02 (duas) outras modalidades de Contrato.

Pelo provimento.

Santos, 03 de Junho de 2.015.

Paulo Wiazowski Filho
Diretor Presidente

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme Nº 665.887

PLANO DE SAÚDE
SANTA CASA DE SANTOS
O melhor atendimento em plano de saúde.
ANS - nº 41..802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Protocolo ANS nº 41.802-1
STANDARD POP ODONTO
PROTOCOLO Nº 473.720/15-2

PLANO INDIVIDUAL / FAMILIAR
Nº CONTRATO: _____
VIGÊNCIA:_____

Cláusula Primeira
QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA E DO CONTRATANTE

1.1. A **Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos**, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente **Plano de Saúde Santa Casa**, inscrita no CNPJ/MF sob nº **13.001.218/0001-02**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. **41.802-1** e classificada na modalidade Medicina de Grupo Sem Fins Lucrativos com sede à Rua Vasconcelos Tavares, 02 - Centro - Santos – S.P, e do outro lado, o BENEFICIÁRIO TITULAR Proponente, entendido como o consumidor que apresenta à OPERADORA Proposta de Admissão, que passa a fazer parte integrante deste contrato, contendo seus dados pessoais.

Cláusula Segunda
OBJETO DO CONTRATO

2.1. O objeto deste Contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art.1º da Lei nº 9.656/98, na forma de assistência médica e hospitalar ao BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes, quando for o caso, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos e Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, para a segmentação assistencial Ambulatorial , Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, de acordo com as condições gerais estabelecidas no presente instrumento.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Terceira
NATUREZA DO CONTRATO

3.1. O contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Cláusula Quarta
NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

4.1. O Plano cujo nome comercial é **Standard Pop Odonto**, encontra-se devidamente registrado Na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o **nº 473.720/15-2.**

Cláusula Quinta
TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1. A contratação do Plano se caracteriza por ser do tipo Individual ou Familiar, previsto na Resolução Normativa - RN n.195/09, sendo oferecido no mercado para a livre adesão de pessoas físicas, com a faculdade de inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

Cláusula Sexta
TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

6.1. O tipo de segmentação assistencial do Plano Privado de Assistência á saúde ora contratado é: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA+ODONTOLÓGICO

Cláusula Sétima
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

7.1. Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: **Cubatão**, **Guarujá**, **Praia Grande**, **Santos** e **São Vicente**.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Oitava
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

8.1. O presente contrato garante cobertura às internações realizadas no padrão de acomodação hospitalar COLETIVA.

8.2. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, fica garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

Cláusula Nona
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1. São considerados como BENEFICIARIOS deste Contrato o BENEFICIÁRIO Titular, e seus dependentes, indicados na Proposta de Adesão anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO titular.

9.1.1. BENEFICIÁRIOS Dependentes são:

a) O cônjuge;
b) Os filhos, os enteados e os tutelados, que ficam equiparados aos filhos, menores de 18 (dezoito) anos ou de 24 (vinte e quatro) anos;
c) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
d) Poderão ser incluídos BENEFICIÁRIOS dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo CONTRATANTE.

9.2. Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, exceto para os casos dos filhos recém-nascidos e filhos adotivos menores de 12 (doze) anos.

9.3.1. Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, será garantida a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento.

9.2.1.1. Em caso de inscrição de filho(s) adotivo (s) do BENEFICIÁRIO, menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante.

Cláusula Décima
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1. Os beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde terão direito ao atendimento médico-hospitalar e ambulatorial a ser efetuadas em rede credenciada da CONTRATADA. O atendimento acima referido será efetuado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no rol de procedimentos e suas atualizações.

10.1.1. **DA COBERTURA AMBULATORIAL**

a) Procedimentos realizados em consultório ou ambulatório (definidos e listados no Rol de procedimentos da ANS);
b) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas credenciadas pela CONTRATADA, inclusive obstétricas para pré-natal, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
c) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos da ANS, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
d) Atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:
- Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

- A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativos;
- Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- Os beneficiários terão direito as coberturas constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10).

e) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- Quimioterapia ambulatorial;
- Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc...);
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

10.1.2. **DA COBERTURA HOSPITALAR**

INTERNAÇÕES HOSPITALARES, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, com a cobertura do rol de procedimentos vigentes e suas posteriores atualizações. Em caso de internação hospitalar estão incluídos:

a) atendimento de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
b) atendimento de serviços médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
c) realização 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;

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

d) Cobertura da taxa de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no presente Contrato;

e) Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos.

f) Atendimento a cirurgia plástica reparadora se dará somente, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros.

g) Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com a utilização de todos os meios, técnicas necessárias e disponíveis, para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

h) Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

i) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

1. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
2. quimioterapia;
3. radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
4. hemoterapia;
5. nutrição parenteral ou enteral;
6. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
7. embolizações e radiologia intervencionista;
8. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
9. fisioterapia;
10. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

10.1.3. **TRANSPLANTES:** Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de CÓRNEA e de RIM, encontrando-se incluídas neste atendimento todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, tais como despesas assistenciais com

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

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

Os usuários, 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 - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

10.1.4. **TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS** se fará mediante: atendimento a tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas:

Em Regime Ambulatorial:

a) Atendimentos 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 de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

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.

Em Regime Hospitalar, que serão atendidos em hospitais especializados ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, da seguinte maneira:

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme Nº 665.887

PLANO DE SAÚDE

O melhor atendimento em plano de saúde.

ANS - nº 41..802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

a) O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.

c) Serão atendidos por este Contrato, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento de regime de hospital-dia, os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F 29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

10.1.5. **ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO:** Os beneficiários terão direito, à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência ao parto, cirúrgica ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico credenciado da CONTRATADA, e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) CONTRATANTE tenha incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias.

10.1.6. **DA COBERTURA ODONTOLOGICA**

a) A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatorias solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, instituído pela agência nacional de saúde suplementar vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

b) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

1. PROCEDIMENTOS
    a. DIAGNÓSTICO:
        i. Consulta inicial
        ii. Exame histopatológico
2. URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
    a. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
    b. Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose;
    c. Imobilização dentária temporária;
    d. Recimentação de trabalho protético;
    e. Tratamento de alveolite;
    f. Colagem de fragmentos;
    g. Incisão e drenagem de abcesso extra oral;
    h. Incisão e drenagem de abcesso intraoral;
    i. Reimplante de dente avulsionado;
3. RADIOLOGIA:
    a. Radiografia periapical
    b. Radiografia bite-wing
    c. Radiografia oclusal
4. PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:
    a. Atividade educativa (Orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios e enxaguatórios);
    b. Evidenciação de placa bacteriana;
    c. Profilaxia-polimento coronário
    d. Fluorterapia;
    e. Aplicação de selante (aplicação preventiva de resina);
5. DENTÍSTICA :
    a. Aplicação de cariostático
    b. Adequação do meio bucal

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

PLANO DE SAÚDE
O melhor atendimento em plano de saúde.
ANS - nº 41..802-1

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

c. Restauração de 1 (uma) face; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
d. Restauração de 2 (duas) faces; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
e. Restauração de 3 (três) faces; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
f. Restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta; (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável)
g. Restauração de ângulo;
h. Restauração a pino;
i. Restauração de superfície radicular;
j. Núcleos de preenchimento
k. Ajuste oclusal

6. PERIODONTIA:
   a. Raspagem supra gengival e polimento coronário;
   b. Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal
   c. Imobilização dentária temporária ou permanente
   d. Gengivectomia / Gengivoplastia;
   e. Aumento de coroa clínica;
   f. Cunha distal
   g. Cirurgia periodontal a retalho;
   h. Sepultamento radicular
7. ENDODONTIA
   a. Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final
   b. Pulpotomia/pulpectomia;
   c. Remoção de núcleo intrarradicular / corpo estranho
   d. Tratamento endodôntico em dentes permanentes (1 conduto);
   e. Tratamento endodôntico em dentes permanentes (2 condutos) ;
   f. Tratamento endodôntico em dentes permanentes (3 condutos);
   g. Tratamento endodôntico em dentes permanentes (4 condutos ou mais);

h. Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares;
i. Tratamento endodôntico de dentes decíduos ;
j. Tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta;
k. Tratamento de perfuração radicular;

8. CIRURGIA:
   a. Alveoloplastia;
   b. Apicectomia unirradicular
   c. Apicectomia birradicular
   d. Apicectomia trirradicular
   e. Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada
   f. Apicectomia birradicular com obturação retrógrada
   g. Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada
   h. Biópsia ;
   i. Cirurgia de tórus unilateral
   j. Cirurgia de tórus bilateral;
   k. Correção de bridas musculares ;
   l. Excisão de mucocele;
   m. Excisão de rânula ;
   n. Exodontia a retalho
   o. Exodontia de raiz residual
   p. Exodontia simples;
   q. Exodontia de dente decíduo
   r. Fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta;
   s. Fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta;
   t. Frenectomia labial;
   u. Frenectomia lingual;
   v. Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados);
   w. Sulcoplastia;
   x. Ulectomia;
   y. Ulotomia;

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Décima Primeira
EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, as Resoluções e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

a) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências;
c) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
d) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
e) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
f) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
g) Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos, conforme indicação do médico assistente;
h) Cirurgias para mudança de sexo;
i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
j) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
k) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência CONTRATADA, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que

poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

l) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
m) Inseminação artificial;
n) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
o) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
p) Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
q) Aplicação de vacinas preventivas;
r) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
s) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
u) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
v) Transplantes, exceto os de córnea e rim, e os transplantes autólogos;
w) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
x) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
y) Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
z) Procedimentos não relacionados no rol de procedimentos da ANS vigente na data do evento;
aa) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
bb) Cirurgia a laser; clareamento dentário.
cc) Procedimentos enquadrados na especialidade de Prótese Dental, em qualquer hipótese.
dd) Procedimentos enquadrados na especialidade de Ortodontia, em qualquer hipótese.
ee) Exames diagnóstico, terapias e consultas odontológica realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo conselho federal de odontologia.
ff) Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecido pela autoridades.

1. Enfermagem particular e assistência odontológica domiciliar.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

gg) Implantes dentários, em qualquer hipótese.

hh) Ouro, resinas e dentes importados, utilizados como material em trabalho de Prótese.

ii) Tratamento ou serviços odontológicos com finalidade estética ou social, mesmo que justificados.

jj) Os procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento e suas despesas hospitalares.

kk) Fornecimento de medicamentos, em qualquer hipótese.

ll) Fornecimento de prótese, órteses e seus acessórios, em qualquer hipótese.

mm) Aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade.

nn) Despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento odontológico, tais como: jornais, tv, telefone, etc.

oo) Despesas ocorridas em regime hospitalar, a exceção dos honorários profissionais do cirurgião dentista e os materiais por ele utilizados em procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação hospitalar por imperativo clínico.

pp) Métodos diagnósticos e tratamentos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades odontológicas nacionais, em especial o Conselho Federal de Odontologia (CFO).

qq) Todos os procedimentos odontológicos durante o respectivo período de carência, salvo nos casos de urgência ou emergência.

rr) Transplantes.

ss) Consultas domiciliares.

tt) Os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento.

Cláusula Décima Segunda
VIGÊNCIA

12.1. O presente Contrato terá prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, a se iniciar a partir da data de assinatura da proposta de adesão, da data de assinatura do contrato ou do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Décima Terceira
CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

13.1. Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, desde que não haja manifestação contrária, do Beneficiário Titular, no prazo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Cláusula Décima Quarta
PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro:

- Atendimento de urgências/emergências, incluindo complicações gestacionais ou odontológicas
- Consultas médicas: 30 dias;
- Exames Simples: 30 dias;
- Demais exames: 180 dias;
- Internações hospitalares, clínicas e cirúrgicas e procedimentos/exames de alta complexidade: 180 dias;
- Consultas e procedimentos odontológicos: 180 dias
- Partos a termo: 300 dias.

Cláusula Décima Quinta
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

15.1. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO: estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes saibam ser

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

portadores ou sofredores à época da adesão ao Plano. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

15.1.1. Quando da adesão ao Plano, a cobertura a doenças e lesões pré-existentes poderá ser parcial ou integral, nos seguintes termos:

15.1.2. Caso, quando do preenchimento da proposta de inclusão no presente Contrato ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretenso beneficiário e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja constatada, através de exames ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão, a CONTRATANTE e/ou beneficiário, optará pela cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, ou pela sua cobertura integral, mediante um agravo no valor da taxa mensal.

15.2. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária, a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade somente em relação as doenças ou lesões pré-existentes. Entende-se por agravo, o acréscimo, pelo período máximo de 06 (seis) meses, no valor da contraprestação pecuniária, em virtude da opção, pela CONTRATANTE e/ou pelo beneficiário, da cobertura integral da doença ou lesão preexistente. Cabe a CONTRATANTE, de forma expressa, a opção pela Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

15.2.1. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão pré-existente será integral, cessando-se a cobertura parcial temporária.

15.2.2. Em qualquer hipótese, deverão sempre ser respeitados os prazos de carência previstos no presente Contrato.

15.2.3. A operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei n° 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

15.2.4. À operadora caberá o ônus da prova.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

15.2.5. A operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.

15.3. Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro, o consumidor terá que ser comunicado imediatamente pela operadora.

15.3.1. Caso o consumidor não concorde com a alegação, a operadora deverá encaminhar a documentação pertinente ao Ministério da Saúde, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pelo Ministério da Saúde, o consumidor deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

15.3.2. Após julgamento e acolhida à alegação da operadora pelo Ministério da Saúde, o consumidor passa 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 a que se refere o § 3º deste artigo.

15.4. Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pelo Ministério da Saúde.

Cláusula Décima Sexta
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

16.2. 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.

16.3. Os casos de urgência e emergência quando ocorrerem nos períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária por doenças e lesões pré-existentes, terão cobertura em Regime Ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou internação, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ou do procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, passará a ser do paciente-beneficiário, não cabendo ônus à CONTRATADA.

16.4. Os casos de urgência e emergência quando ocorrerem da condição gestacional de paciente com plano hospitalar com cobertura obstétrica - porém ainda cumprindo período de carência - a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento em regime ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou internação, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ou do procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, passará a ser do paciente-beneficiário, não cabendo ônus à CONTRATADA.

16.5. Os casos de urgência, decorrentes de acidente pessoal, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência, terão o seu atendimento integralmente coberto pelo presente Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do Contrato.

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

16.6. Quando da impossibilidade comprovada de utilização, pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados da CONTRATADA, para atendimentos de assistência à saúde - relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato - em casos de urgência e de emergência, na área de abrangência geográfica de atuação da CONTRATADA, objeto da cláusula sétima deste contrato, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela Própria de Reembolso da CONTRATADA, que será reajustada, anualmente, através do mesmo índice de reajuste das Taxas Mensais de Manutenção do Plano.

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

Atendimento de pronto socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

16.8. Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

16.9. Internação: nota fiscal do comprovante de pagamento, da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação.

16.10. Sem prejuízo dos documentos específicos acima, serão necessários também:

1. Cópia do RG e Carteirinha do usuário.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

2. Correspondência do usuário solicitando e justificando a solicitação do reembolso.
3. Relatório médico legível e detalhado solicitando e justificando o procedimento (com diagnóstico - CID).
4. Data e hora de atendimento (Internação e alta).
5. Discriminação das despesas (valor unitário e total).
6. Relação dos exames e xerox dos resultados.
7. Recibos originais referente ao tipo de reembolso solicitado.

16.11. Não cabe reembolso nos seguintes casos:

1. Falta de qualquer documentação acima mencionada;
2. Recibo rasurado;
3. Xerox ou cópia do recibo sem autenticação no cartório;
4. Fora do prazo de 90 dias;
5. Atendimento prestado por médico ou entidade credenciada;
6. Atendimento prestado por profissionais não inscritos no Conselho Regional.
7. Diferença de honorários;
8. Toda e qualquer diferença motivada por uso de acomodação superior ao estabelecido em Contrato.

16.12. A entrega da documentação não significa que o reembolso está aprovado. A solicitação será analisada e aprovada se preencher normas do Plano e Contrato.

16.13. A assistência às urgências e emergências odontológicas decorrentes de odontalgias, de hemorragias ou de acidente pessoal, realizados em unidade de pronto-socorro odontológico da CONTRATADA, está garantida para os consumidores de plano odontológico, após 24 horas do início da vigência do contrato somente nos seguintes procedimentos:

1. Curativo em caso de hemorragia bucal;
2. Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
3. Imobilização dentária temporária;

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

4. Recimentação de peça protética;
5. Tratamento de alveolite;
6. Colagem de fragmentos;
7. Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
8. Incisão e drenagem de abscesso intra oral;
9. Reimplante de dente avulsionado

16.13.1. Nos casos de Urgências odontológicas, em que o Beneficiário ainda esteja cumprindo o prazo carencial, a cobertura estará limitada ao conjunto de procedimentos necessários ao estancamento da hemorragia, se for o caso, e à obtenção do alívio da dor.

16.13.2. Quando da impossibilidade comprovada de utilização, pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados da CONTRATADA, para atendimentos de assistência à saúde, relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato, em casos de urgência e de emergência, na área de abrangência geográfica de atuação da CONTRATADA, a qual procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela Própria de Reembolso da CONTRATADA, que será reajustada, anualmente, através do mesmo índice de reajuste das Taxas Mensais de Manutenção do Plano, garantido que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela Operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

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

16.14.1. Honorários de serviços odontológicos: recibos ou nota fiscal válida como recibo, contendo todos os dados do odontólogo assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo odontológico, nome do paciente, valores cobrados,

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e ou CNPJ, CRO e endereço legível e data da realização do evento.

16.14.1.1. Sem prejuízo dos documentos específicos acima, serão necessários também:

1. Cópia do RG e Carteirinha do usuário.
2. Correspondência do usuário solicitando e justificando a solicitação do reembolso.
3. Relatório odontológico legível e detalhado solicitando e justificando o procedimento
4. Data e hora de atendimento.
5. Data e hora de atendimento dos serviços odontológicos.
6. Discriminação das despesas (valor unitário e total).
7. Relação dos exames e xerox dos resultados.
8. Recibos originais referente ao tipo de reembolso solicitado.

16.14.1.2. Não cabe reembolso nos seguintes casos:

1. Falta de qualquer documentação acima mencionada;
2. Recibo rasurado;
3. Xerox ou cópia do recibo sem autenticação no cartório;
4. Fora do prazo de 1 (um) anos;
5. Atendimento prestado por médico ou entidade credenciada;
6. Atendimento prestado por profissionais não inscritos no Conselho Regional.
7. Diferença de honorários;
8. Despesas extraordinárias (EX.: copa, telefone, higiene pessoal.).

A entrega da documentação não significa que o reembolso está aprovado. A solicitação será analisada e aprovada se preencher normas do Plano e Contrato.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Décima Sétima
REMOÇÃO

17.1. Na hipótese da falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador do atendimento de urgência ou emergência, atestado pelo médico-assistente, ou pela necessidade de internação no caso de assistência ambulatorial, fica assegurada a remoção inter-hospitalar terrestre.

17.2. Fica garantida a remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários visando a continuidade do atendimento, só cessando a responsabilidade da Operadora sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

17.3. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em serviço prestador diferente daquele definido no item acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da continuidade do atendimento e da remoção.

17.4. Se não for possível à remoção sem provocar risco de vida do paciente e encontra-se o mesmo em período de carência, o CONTRATANTE e o serviço prestador, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

Cláusula Décima Oitava
MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.1. Por determinação do (a) CONTRATANTE, ele (a) e seus dependentes serão inscritos no seguinte Plano, que dão direito a:

PLANO STANDARD POP ODONTO: consultas médicas, em números ilimitados, realizadas exclusivamente na rede credenciada pela CONTRATADA, ou nos consultórios por ela indicados, conforme expressamente indicado no "Manual de Orientação do Beneficiário", em anexo, com direito a internação hospitalar em padrão de enfermaria, de

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

4 leitos, com direito a acompanhante. Os serviços complementares de diagnósticos e tratamentos especializados serão realizados nos locais indicados e encaminhados pela Operadora.

18.2. Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

18.3. Para utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

18.3.1. Os serviços deverão ser realizados na rede credenciada da CONTRATADA, cabendo ao beneficiário fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, exceto em caso de urgência ou de emergência, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- Cédula de identidade ou documento oficial similar do beneficiário;
- Carteira de identificação do beneficiário, fornecida pela CONTRATADA, em vigor.

18.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

18.5. Todos os exames e procedimentos necessitam de autorização prévia, conforme elencado abaixo:

18.5.1. Exames e procedimentos simples - Constantes no Rol de Procedimentos da ANS – Liberação em todos os postos de autorização indicados no Manual do Beneficiário e atualizações no endereço eletrônico www.planoscs.com.br.

18.5.2. Exames e procedimentos de alta complexidade - Constantes no Rol de Procedimento da ANS, após a análise da auditoria em saúde será liberada em 24 horas.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos - SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

18.6. Em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e a CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido por ambas as partes. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, exceto nos casos em que o escolhido pelo beneficiário for da rede credenciada, e o terceiro será pago pela CONTRATADA.

18.7. Será entregue ao Beneficiário o GUIA MÉDICO, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

18.8. A divulgação da rede de prestadores de serviço dar-se-á por meio de livretos impressos, com atualizações permanentes no endereço eletrônico (www.planoscs.com.br).

18.9. A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar.

18.10. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

18.11. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Contratada providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

18.12. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

18.12.1. **ODONTOLOGIA - Forma de Utilização:** para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede Credenciada, o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da Operadora, juntamente com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, nos casos previstos, com a Autorização Prévia da Operadora para a realização do serviço.

a) **Autorização Prévia da Operadora:** a solicitação de Autorização Prévia para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos é realizada eletronicamente através do site www.apoodonto.com.br pelos prestadores de serviços credenciados. Estes informarão os procedimentos/eventos para análise e liberação pela Operadora no próprio site acima mencionado, o qual gerará guia de autorização a ser impressa, assinada pelo odontologista assistente e beneficiário, sendo enviada à Operadora.

b) Com exceção da consulta inicial, para exame clínico e elaboração de orçamento, e dos casos de urgência/emergência, todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da Operadora.

c) Nos casos de Urgência/Emergência, a autorização prévia será substituída por relatório do odontologista assistente, justificando a sua necessidade.

d) Fica reservado à Operadora o direito de, para a correta avaliação da solicitação de autorização prévia, solicitar segunda opinião ou perícia odontológica, por intermédio de seu departamento especializado ou profissional pertencente à sua Rede Credenciada.

e) De acordo como o artigo 4º, inciso IV, da Resolução CONSU nº 8/98, fica garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

18.12.2. **Junta Odontológica:** em conformidade com o disposto no artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU nº 8/98, em caso de divergências e dúvidas de natureza

odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário o direito de requerer a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela Operadora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

18.12.2.1. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da Operadora, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

18.12.2.2. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela Operadora.

18.12.2.3. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

18.13. A divulgação da rede de prestadores de serviço dar-se-á por meio de livretos impressos, jornais de circulação mensal com atualização da rede credenciada e endereço eletrônico (www.planoscs.com.br).

18.14. A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços.

Cláusula Décima Nona
FORMAÇÃO DE PREÇO

19.1. O tipo de financiamento deste plano será na forma pré-estabelecido, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária será calculado pela CONTRATADA antes da utilização das coberturas contratadas.

19.2. A definição dos valores será realizada através de cálculos atuarias e estatísticos, os quais contemplam a análise de informações sobre frequência de utilização, tipo de usuário e tipo de procedimento, com uma observação mínima de 12 meses, além do carregamento (despesas administrativas, comerciais e resultado financeiro) da CONTRATADA.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Vigésima
PAGAMENTO DA MENSALIDADE

20.1. O Usuário Titular obriga-se a pagar a CONTRATADA, por si e por seus Dependentes inscritos neste Contrato, os valores de mensalidade vigentes na época de assinatura do Contrato ou da Proposta de Adesão, em caso de inclusões posteriores.

20.1.1. Os Usuários inscritos após a data de assinatura do presente Contrato ficarão sujeitos aos valores de mensalidades vigentes ao tempo de sua adesão.

20.2. O primeiro pagamento será efetuado no ato de assinatura deste Contrato. As demais contribuições deverão ser feitas até o dia de cada mês, escolhido na Proposta de Admissão.

20.3. Para cobrança do valor de mensalidade a CONTRATADA enviará, ao Usuário Titular, boleto bancário individual de cobrança.

20.4. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

20.5. Se o Usuário Titular não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 10 dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à Central de Atendimento da CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

20.5.1. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso e multa de 2% (dois por cento).

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

20.6. O pagamento antecipado das taxas mensais de manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

20.7. O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Cláusula Vigésima Primeira
REAJUSTE

21.1. Nos termos da Lei, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite do índice máximo autorizado pela ANS.

21.2. Na ausência de índice oficial da ANS, a operadora reajustará os valores da mensalidade adotando os seguintes critérios:

a) Por nova determinação de órgão governamental federal ou,

b) Pelos índices da FIPE-SAÚDE, divulgados mensalmente pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo e/ou pelo IGP-SAÚDE (Índice Geral de Preços - Saúde), divulgado mensalmente pela Fundação Getúlio Vargas, apurados num período de 12 (doze) meses, dentro de, no máximo, 15 (quinze) meses anteriores à data do referido reajuste ou;

21.3. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

21.4. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes posteriores à assinatura deste instrumento terão o primeiro reajuste na data de aniversário do presente Contrato.

21.5. Os valores relativos à taxa de inscrição serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Vigésima Segunda
FAIXAS ETÁRIAS

22.1. As mensalidades foram fixadas em função da idade do Usuário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias		Percentual
1ª	de 0 até 18 (dezoito) anos;	( )%
2ª	de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;	( )%
3ª	de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito anos de idade);	( )%
4ª	de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;	( )%
5ª	de 34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos de idade;	( )%
6ª	de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;	( )%
7ª	de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;	( )%
8ª	de 49 (quarenta e quatro) a 53 (cinqüenta e três) anos de idade;	( )%
9ª	de 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos de idade;	( )%
10ª	de 59(cinqüenta e nove) anos ou mais.	( )%

22.2. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Usuário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subseqüente.

22.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

22.4. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

22.4.1. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

22.4.2. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

22.5. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/03, em específico no seu art. 15 §3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Usuário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

Cláusula Vigésima Terceira
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1. Cessarão as coberturas do Plano para o Usuário Dependente:

a) Quando o Usuário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;

b) Quando o presente contrato for rescindido.

23.1.1. O Dependente que vier a perder a condição de dependência por deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição poderá assinar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como Usuário Dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste Contrato.

23.2. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com assunção das obrigações decorrentes.

23.3. O dispostos no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art.13 da lei 9.656/98.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Vigésima Quarta
RESCISÃO

24.1 - A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

24.1.1 - O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o qüinquagésimo dia de inadimplência.

24.2 - Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

24.3 - A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

24.4 - O BENEFICIÁRIO terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo.

Cláusula Vigésima Quinta
DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 - Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.

25.2 - As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de 10% do valor da mensalidade, do plano ao qual o beneficiário está inscrito, vigente à época.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme Nº 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

25.3 - O (A) CONTRATANTE admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.

25.4 - Caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, tanto da parte hospitalar como de honorários médicos, diretamente perante o hospital.

25.5 - São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja, os direitos emanados desta avença.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, inclusive as que vierem integrá-lo.

25.6 - Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as CONTRATANTES.

25.7 - Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

- ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
- AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura CONTRATADA, para a doença ou lesão preexistente declarada.
- ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde CONTRATADAS pelo beneficiário.
- ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

- ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
- BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.
- CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
- CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas CONTRATADAS.
- CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
- CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica CONTRATANTE.
- DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
- DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela 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.

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

- DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
- MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.
- MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à operadora.
- ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.
- TITULAR: nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica CONTRATANTE do plano.
- URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

PLANO DE SAÚDE
SANTA CASA DE SANTOS
O melhor atendimento em plano de saúde.
ANS - nº 41..802-1

Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas de Santos / SP
Microfilme N. 665.887

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGICO

Cláusula Vigésima Sexta
ELEIÇÃO DO FORO

26.1 - Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do CONTRATANTE.

_____, _____ de _____ de 20____.

CONTRATANTE:

_____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE AUTORIZADO

_____

NOME LEGÍVEL DO REPRESENTANTE AUTORIZADO

_____

CARIMBO DO CONTRATANTE COM CNPJ

OPERADORA: _____

TESTEMUNHAS:

_____ _____

NOME: NOME:

RG: RG:

Oficial de Registro Títulos e Documentos e
Registro Civil das Pessoas Jurídicas de Santos/SP
Rua Amador Bueno n. 70 - Centro - CEP. 11013-150 - Santos/SP
Apresentado hoje, prenotado sob o n. **568.754** e registrado em microfilme sob o n. **665.887**.
Santos/SP, 03 de Junho de 2015.
Ana Carolina Marins de Azevedo Soares Alvarenga
Substituta

Emol.	R$ 180,93
Estado	R$ 51,61
Ipesp	R$ 37,97
R. Civil	R$ 9,67
T. Justiça	R$ 9,67
ISS	R$ 3,61
Total	R$ 293,46

Selos e taxas Recolhidos p/verba