

Prezado Cliente,

Parabéns! É uma grande honra tê-lo como nosso cliente!

A partir desse momento você faz parte de um grupo especial formado por milhares de pessoas que escolheram uma forma inteligente de cuidar da sua saúde.

Com mais de 20 anos no mercado, a Tuiuiu Operadora e Adm. de Planos de Saúde, nasceu de um conceito totalmente diferenciado: ter um plano de saúde que atendesse as reais necessidades da população carioca, de forma eficiente e abrangente. Devidamente registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), nos tornamos líder de mercado no segmento ambulatorial e estamos presentes em praticamente todo o Grande Rio.

Desde dezembro de 2023 o nome do plano mudou de Tuiuiu Adm. de Planos de Saúde - Licenciada Memorial Saúde, para **SV Saúde**.

Para tornar mais fácil sua integração com a nossa empresa preparamos este material. Ele contém todas as informações necessárias para a compreensão do plano de saúde contratado. Uma leitura atenta a estas orientações lhe proporcionará tranquilidade e confiança.

**SV Saúde**

Tuiuiu Administradores de Planos de Saúde Ltda.

Administração

Prezado (a) Consumidor/Beneficiário

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, entidade que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão, defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o consumidor/ beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o consumidor/beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o consumidor/beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia. **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.**

### **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

- A operadora poderá oferecer a **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**.
- No caso da CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade PAC (tomografia, ressonância, endoscopia, etc\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao consumidor/beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo consumidor / beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e cobrar pelas despesas efetuadas com os procedimentos que deveriam estar sob CPT, caso a doença ou lesão tivesse sido declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, não poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o consumidor/beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é a carência! Portanto, o consumidor/beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos da ANS através do endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Consumidor/beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Peril Consumidor/beneficiário .

<b>Consultor / beneficiário**</b>	
_____, ____/____/____	
Local	Data
Nome: _____	
_____	
_____	
<b>Assinatura do beneficiário (igual à do documento apresentado)</b>	

<b>Intermediário*** entre a operadora e o consumidor/beneficiário</b>	
_____, ____/____/____	
Local	Data
Nome: _____	
_____	
_____	
<b>Assinatura do beneficiário (igual à do documento apresentado)</b>	

\*\*Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal / procurador.

\*\*\*Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

Prezado (a) Consumidor/Beneiciário

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, entidade que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão, defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o consumidor/ beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o consumidor/beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um proissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o consumidor/beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identiicou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia. **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.**

### **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

- A operadora poderá oferecer a **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**.
- No caso da CTP, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade PAC (tomograia, ressonância, endoscopia, etc\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao consumidor/beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo consumidor / beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e cobrar pelas despesas efetuadas com os procedimentos que deveriam estar sob CPT, caso a doença ou lesão tivesse sido declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, não poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o consumidor/beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é a carência! Portanto, o consumidor/beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos da ANS através do endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - **Peril Consumidor/beneficiário** .

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - **Peril Consumidor/beneficiário** .

**Consultor / beneficiário\*\***

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

**Assinatura do beneficiário  
(igual à do documento apresentado)**

**Intermediário\*\*\* entre a operadora e o consumidor/beneficiário**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

**Assinatura do beneficiário  
(igual à do documento apresentado)**

\*\*Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal / procurador.

\*\*\*Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

**Produto Individual / Familiar  
LEI 9656/98 artigos 10 § 2º e 12 § 2º**

**Plano Referência Oferecido: Saúde Gold Line  
Registro ANS nº 434.458.01-8**

Pela presente declaro que me foi oferecido pela **Tuiuiu Administradores de Plano de Saúde**, inscrita sob o CNPJ Nº 04.002.216/0001-47, e registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 41225-2 o plano referência, denominado **Saúde Gold Line**, com cobertura assistencial na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, registrado junto à ANS sob o nº 434.458.01-8, conforme determina a Lei 9656/98 nos artigos 10 parágrafo 2º e 12 parágrafo 2º.

Após os esclarecimentos prestados, tomei conhecimento do produto, mas optei pelo plano Individual de segmentação ambulatorial ora contratado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

DECLARANTE: \_\_\_\_\_

CPF Nº : \_\_\_\_\_

**Produto Individual / Familiar  
LEI 9656/98 artigos 10 § 2º e 12 § 2º**

**Plano Referência Oferecido: Saúde Gold Line  
Registro ANS nº 434.458.01-8**

Pela presente declaro que me foi oferecido pela **Tuiuiu Administradores de Plano de Saúde**, inscrita sob o CNPJ Nº 04.002.216/0001-47, e registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 41225-2 o plano referência, denominado **Saúde Gold Line**, com cobertura assistencial na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, registrado junto à ANS sob o nº 434.458.01-8, conforme determina a Lei 9656/98 nos artigos 10 parágrafo 2º e 12 parágrafo 2º.

Após os esclarecimentos prestados, tomei conhecimento do produto, mas optei pelo plano Individual de segmentação ambulatorial ora contratado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

DECLARANTE: \_\_\_\_\_

CPF Nº : \_\_\_\_\_

## Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Individual Familiar

Declaro que ao preencher a Proposta de Adesão de Nº \_\_\_\_\_ referente ao Plano de Assistência à Saúde, recebi o contrato referente ao Plano contratado, registrado no 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos sob o nº 1406536, o MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, GUIA DE LEITURA CONTRATUAL, CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO, INFORMATIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CONTRATO, E DEMAIS ADITIVOS, que foram integralmente lidos e por mim aceitos, sem restrições ao seu conteúdo, o que confirmo assinando a presente declaração.

Declaro, que as informações prestadas na proposta de adesão são verdadeiras e completas, inclusive as relacionadas à minha saúde e a de meus dependentes e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da referida Proposta, bem como, estou ciente que se forem constatados dados, falsos ou incompletos ficarei sujeito à suspensão ou denúncia do contrato.

Declaro ainda, para todos os fins e efeitos:

Que tenho ciência que a redução dos prazos de carência, previsto em Aditivos não alteram as coberturas do plano, permanecendo inalteradas as Exclusões e Limitações de Cobertura, expressas no contrato;

Que tenho ciência que a Proposta de Adesão somente terá validade após o cadastramento da mesma na Contratada;

Que assinando esta proposta estou autorizando a Contratada, a solicitar, a qualquer tempo, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relacione à minha saúde e ao presente Contrato, respeitando-se o sigilo médico.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular Responsável



**Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Individual Familiar**

Declaro que ao preencher a Proposta de Adesão de Nº \_\_\_\_\_ referente ao Plano de Assistência à Saúde, recebi o contrato referente ao Plano contratado, registrado no 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos sob o nº 1406536, o MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, GUIA DE LEITURA CONTRATUAL, CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO, INFORMATIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CONTRATO, E DEMAIS ADITIVOS, que foram integralmente lidos e por mim aceitos, sem restrições ao seu conteúdo, o que confirmo assinando a presente declaração.

Declaro, que as informações prestadas na proposta de adesão são verdadeiras e completas, inclusive as relacionadas à minha saúde e a de meus dependentes e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da referida Proposta, bem como, estou ciente que se forem constatados dados, falsos ou incompletos ficarei sujeito à suspensão ou denúncia do contrato.

Declaro ainda, para todos os fins e efeitos:

Que tenho ciência que a redução dos prazos de carência, previsto em Aditivos não alteram as coberturas do plano, permanecendo inalteradas as Exclusões e Limitações de Cobertura, expressas no contrato;

Que tenho ciência que a Proposta de Adesão somente terá validade após o cadastramento da mesma na Contratada;


Que assinando esta proposta estou autorizando a Contratada, a solicitar, a qualquer tempo, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relacione à minha saúde e ao presente Contrato, respeitando-se o sigilo médico.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular Responsável

# PROPOSTA DE ADEÇÃO PLANO AMBULATORIAL

2 Vias

		Rua Carvalho Alvim, 261 (parte) - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ CEP.: 20.510-100 - C.N.P.J. 04.002.216/0001-47 - REGISTRO NA ANS Nº 41.225-2 SAC 3294-9000 - LEI Nº 9656 DE 03/06/1998		<b>ANS Nº 41225-2</b>	
DATA DA VENDA / /	UNIDADES DE VENDA <input type="checkbox"/> 1 - TIJUCA		FONTE:		Nº
VENCIMENTO <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30					

## DADOS DO RESPONSÁVEL

CPF DO RESPONSÁVEL:	NOME DO RESPONSÁVEL:
---------------------	----------------------

## DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

CPF:	NOME:		
CEP:	ESTADO:	CIDADE:	BAIRRO:
ENDEREÇO:			COMPLEMENTO:
TELEFONE:	CELULAR:	CELULAR:	COMERCIAL:
RAMAL:			
E-MAIL:			
DATA DE NASCIMENTO / /	EST. CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE DO TITULAR:

<b>PLANO ESCOLHIDO:</b> <input type="checkbox"/> LIGHT - Nº 478.596/17-7	ANÁLISE DE CARÊNCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> REDUÇÃO <input type="checkbox"/>
--	---

IDENTIDADE:	ÓRG. EXP.	<input type="checkbox"/> PIS <input type="checkbox"/> PASEP <input type="checkbox"/> NIS <input type="checkbox"/> CNS
-------------	-----------	---

	NOME(S) DO(S) DEPENDENTE(S) / BENEFICIÁRIO(S)	CPF	E.C.	G.P.	NASCIMENTO
1					/ /
2					/ /
3					/ /
4					/ /
5					/ /
6					/ /

TABELA ESTADO CIVIL (E.C.) (1) SOLT. (2) CAS. (3) VIÚVO (4) SEP. (5) DIV. (6) OUTROS	TABELA GRAU DE PARENTESCO (G.P.) (1) PAI / MÃE (2) CONJ. (3) FILHO (A) (4) OUTROS	SEXO ( 1 ) M ( 2 ) F	DEPENDENTE(S) DO BENEFICIÁRIO ACIMA			
			Nº IDENTIDADE	<input type="checkbox"/> PIS	<input type="checkbox"/> PASEP	<input type="checkbox"/> NIS <input type="checkbox"/> CNS
NOME DA MÃE (1º DEPENDENTE):			1		1	
NOME DA MÃE (2º DEPENDENTE):			2		2	
NOME DA MÃE (3º DEPENDENTE):			3		3	
NOME DA MÃE (4º DEPENDENTE):			4		4	
NOME DA MÃE (5º DEPENDENTE):			5		5	
NOME DA MÃE (6º DEPENDENTE):			6		6	

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO)

PREENCHIMENTO PELO BENEFICIÁRIO / TITULAR POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPOSTA ESCRREVENDO SIM OU NÃO						
	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)	DEP (5)	DEP (6)
1 - SOFRE DE PROBLEMAS DO CORAÇÃO (INFARTO, PRESSÃO ALTA, ANGINA, ARRITIMIA, VÁLVULA CARDÍACA, ENTRE OUTRAS)?							
2 - SOFRE DE PROBLEMAS DAS GLÂNDULAS (DIABETES, TIREÓIDE, HIPÓFISE E SUPRA RENAL ENTRE OUTRAS)?							
3 - SOFRE DE PROBLEMAS GASTROENTEROLÓGICOS (PANCREATITE, VARIZES DE ESÔFAGO, COLITE, DIVERTICULITE, ÚLCERA, GASTRITE, VESÍCULA, HEPATITE B OU C, HEMORRÓIDA)?							
4 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO ANEMIAS, LEUCEMIAS, ALTERAÇÃO DE FATORES DE COAGULAÇÃO?							
5 - SOFRE DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (DERRAME, PARKINSON, ANEURISMA, HÉRNIA DE DISCO)?							
6 - SOFRE DE PROBLEMAS DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA, COMO RINITE, AMIGDALITE, FARINGITE, SINUSITE, SURDEZ, DESVIO DE SEPTO NASAL, ENTRE OUTROS?							
7 - SOFRE DE PROBLEMAS DE PULMÃO E TRAQEÍIA COMO (ASMA, BRONQUITE, PNEUMONIA, TUBERCULOSE) ?							
8 - SOFRE DE CÂNCER EM TRATAMENTO OU JÁ TRATADO? (MENCIONAR O TIPO E LOCAL DO CORPO ACOMETIDO)?							
9 - SOFRE DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS (CATARATA, GLAUCOMA, RETINA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, VISTA CANSADA, ENTRE OUTRAS)?							
10 - SOFRE DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS (PRÓSTATA, VARICOCELE, HIDROCELE, FIMOSE, ENTRE OUTRAS)?							
11 - SOFRE DE TRANSTORNOS MENTAIS E/OU DO COMPORTAMENTO (DEPRESSÃO, ESQUIZOFRENIA, NEUROSES, RETARDO MENTAL, EPILEPSIA, ALZHEIMER, DEMÊNCIA, ENTRE OUTROS) ?							
12 - SOFRE DE PROBLEMAS RENAIIS (HIDRONEFROSE, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, CÁLCULOS RENAIIS, ENTRE OUTROS) ?							
13 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO PARALISIA, DISTRÓFIA MUSCULAR, ESCLEROSE MÚLTIPLA, PROBLEMAS DE COLUNA, LUPUS, AIDS ?							
14 - SOFRE DE PROBLEMAS EM MEMBROS INFERIORES (VARIZES, ERISPELA, PROBLEMAS ARTERIAIS) ?							
15 - FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO COMO QUIMIOTERAPIA OU RADIOTERAPIA ?							
16 - JÁ FEZ ALGUM TIPO DE CIRURGIA ? ESPECIFIQUE.							
17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA DE ÓRGÃO OU SENTIDOS ?							

OBS: A PROPOSTA SÓ SERÁ ACEITA COM A CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM TODOS OS DADOS COMPLETOS.

# PROPOSTA DE ADEÇÃO PLANO AMBULATORIAL

2 Vias



Rua Carvalho Alvim, 261 (parte) - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ  
 CEP.: 20.510-100 - C.N.P.J. 04.002.216/0001-47 - REGISTRO NA ANS Nº 41.225-2  
 SAC 3294-9000 - LEI Nº 9656 DE 03/06/1998

**ANS Nº 41225-2**

DATA DA VENDA / /	UNIDADES DE VENDA <input type="checkbox"/> 1 - TIJUCA	FONTE:	Nº
VENCIMENTO <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30			

## DADOS DO RESPONSÁVEL

CPF DO RESPONSÁVEL:	NOME DO RESPONSÁVEL:
---------------------	----------------------

## DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

CPF:	NOME:		
CEP:	ESTADO:	CIDADE:	BAIRRO:
ENDEREÇO:			COMPLEMENTO:
TELEFONE:	CELULAR:	CELULAR:	COMERCIAL:
RAMAL:			
E-MAIL:			
DATA DE NASCIMENTO / /	EST. CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE DO TITULAR:

PLANO ESCOLHIDO: <input type="checkbox"/> LIGHT - Nº 478.596/17-7	ANÁLISE DE CARÊNCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> REDUÇÃO <input type="checkbox"/>
---	---

IDENTIDADE:	ÓRG. EXP.	<input type="checkbox"/> PIS	<input type="checkbox"/> PASEP	<input type="checkbox"/> NIS	<input type="checkbox"/> CNS
-------------	-----------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------

	NOME(S) DO(S) DEPENDENTE(S) / BENEFICIÁRIO(S)	CPF	E.C.	G.P.	NASCIMENTO
1					/ /
2					/ /
3					/ /
4					/ /
5					/ /
6					/ /

TABELA ESTADO CIVIL (E.C.) (1) SOLT. (2) CAS. (3) VIÚVO (4) SEP. (5) DIV. (6) OUTROS	TABELA GRAU DE PARENTESCO (G.P.) (1) PAI / MÃE (2) CONJ. (3) FILHO (A) (4) OUTROS	SEXO ( 1 ) M ( 2 ) F	DEPENDENTE(S) DO BENEFICIÁRIO ACIMA			
			Nº IDENTIDADE	<input type="checkbox"/> PIS	<input type="checkbox"/> PASEP	<input type="checkbox"/> NIS
NOME DA MÃE (1º DEPENDENTE):			1		1	
NOME DA MÃE (2º DEPENDENTE):			2		2	
NOME DA MÃE (3º DEPENDENTE):			3		3	
NOME DA MÃE (4º DEPENDENTE):			4		4	
NOME DA MÃE (5º DEPENDENTE):			5		5	
NOME DA MÃE (6º DEPENDENTE):			6		6	

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO)

PREENCHIMENTO PELO BENEFICIÁRIO / TITULAR POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPOSTA ESCRREVENDO SIM OU NÃO						
	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)	DEP (5)	DEP (6)
1 - SOFRE DE PROBLEMAS DO CORAÇÃO ( INFARTO, PRESSÃO ALTA, ANGINA, ARRITIMIA, VÁLVULA CARDÍACA, ENTRE OUTRAS)?							
2 - SOFRE DE PROBLEMAS DAS GLÂNDULAS (DIABETES, TIREÓIDE, HIPÓFISE E SUPRA RENAL ENTRE OUTRAS)?							
3 - SOFRE DE PROBLEMAS GASTROENTEROLÓGICOS (PANCREATITE, VARIZES DE ESÔFAGO, COLITE, DIVERTICULITE, ÚLCERA, GASTRITE, VESÍCULA, HEPATITE B OU C, HEMORRÓIDA)?							
4 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO ANEMIAS, LEUCEMIAS, ALTERAÇÃO DE FATORES DE COAGULAÇÃO?							
5 - SOFRE DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (DERRAME, PARKINSON, ANEURISMA, HÉRNIA DE DISCO)?							
6 - SOFRE DE PROBLEMAS DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA, COMO RINITE, AMIGDALITE, FARINGITE, SINUSITE, SURDEZ, DESVIO DE SEPTO NASAL, ENTRE OUTROS?							
7 - SOFRE DE PROBLEMAS DE PULMÃO E TRAQEÍIA COMO (ASMA, BRONQUITE, PNEUMONIA, TUBERCULOSE) ?							
8 - SOFRE DE CÂNCER EM TRATAMENTO OU JÁ TRATADO? (MENCIONAR O TIPO E LOCAL DO CORPO ACOMETIDO)?							
9 - SOFRE DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS (CATARATA, GLAUCOMA, RETINA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, VISTA CANSADA, ENTRE OURAS)?							
10 - SOFRE DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS (PRÓSTATA, VARICOCELE, HIDROCELE, FIMOSE, ENTRE OUTRAS)?							
11 - SOFRE DE TRANSTORNOS MENTAIS E/OU DO COMPORTAMENTO (DEPRESSÃO, ESQUIZOFRENIA, NEUROSES, RETARDO MENTAL, EPILEPSIA, ALZHEIMER, DEMÊNCIA, ENTRE OUTROS) ?							
12 - SOFRE DE PROBLEMAS RENAIIS (HIDRONEFROSE, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, CÁLCULOS RENAIIS, ENTRE OUTROS) ?							
13 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO PARALISIA, DISTRÓFIA MUSCULAR, ESCLEROSE MÚLTIPLA, PROBLEMAS DE COLUNA, LUPUS, AIDS ?							
14 - SOFRE DE PROBLEMAS EM MEMBROS INFERIORES (VARIZES, ERISPELA, PROBLEMAS ARTERIAIS) ?							
15 - FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO COMO QUIMIOTERAPIA OU RADIOTERAPIA ?							
16 - JÁ FEZ ALGUM TIPO DE CIRURGIA ? ESPECIFIQUE.							
17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA DE ÓRGÃO OU SENTIDOS ?							

OBS: A PROPOSTA SÓ SERÁ ACEITA COM A CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM TODOS OS DADOS COMPLETOS.

18 - JÁ FOI SUBMETIDO A ALGUMA TRANSFUÇÃO DE SANGUE? ESPECIFIQUE.								
19 - APRESENTA PROBLEMAS DE PELE (PÊNFIGO, PSORÍASE, CÂNCER DE PELE, ENTRE OUTRAS)?								

**COMENTÁRIOS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES FORMULADAS,  
QUE O CONSUMIDOR ENTENDA IMPORTANTE REGISTRAR**


**INFORMAÇÕES IMPORTANTES EM OBSERVÂNCIA À LEI 9656/1998**

- No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relações a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:  
**::: Cobertura Parcial Temporária:** o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.  
**::: Agravado:** acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento da contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

- Declaro que as informações por mim prestadas, na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento que **“se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta”** perderá o direito as coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos beneficiários já obtidos. Além disso comprometo-me a prestar toda e qualquer informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo expressamente desde logo que Médicos, Clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, enviem ao SV Saúde as informações que ela necessitar sobre meu estado de saúde (incluindo moléstias que possa sofrer ou ter sofrido), bem como resultado de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.
- Responsável pelas declarações e pelo pagamento das mensalidades.

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

Identidade nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Declaro ainda que todas as informações e orientações por mim solicitadas ao SV Saúde não tendo nenhuma questão importante a registrar.

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO:**

COM ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:  O CONSUMIDOR DISPENSOU A ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:

**ANÁLISE TÉCNICA:**

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**RECIBO**

TAXA DE ADESÃO R\$	VALOR DA MENSALIDADE R\$	TOTAL DO PAGAMENTO R\$
-----------------------	-----------------------------	---------------------------

RECEBI DO SR.(A) \_\_\_\_\_ A IMPORTÂNCIA DE R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_). EM ESPÉCIE OU ATRAVÉS DO CHEQUE Nº \_\_\_\_\_ DO BANCO  
\_\_\_\_\_, AGÊNCIA \_\_\_\_\_, CONTA \_\_\_\_\_, REFERENTE A ESTA **SOLICITAÇÃO DE ADESÃO**.

RIO DE JANEIRO, DE DE 20 \_\_\_\_\_  
NOME, CÓDIGO E ASSINATURA DO CORRETOR

	RECOMENDAÇÕES	TELEFONE	GRAU DE PARENTESCO
01			
02			
03			

18 - JÁ FOI SUBMETIDO A ALGUMA TRANSFUSÃO DE SANGUE? ESPECIFIQUE.								
19 - APRESENTA PROBLEMAS DE PELE (PÊNFIGO, PSORÍASE, CÂNCER DE PELE, ENTRE OUTRAS)?								

**COMENTÁRIOS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES FORMULADAS, QUE O CONSUMIDOR ENTENDA IMPORTANTE REGISTRAR**

--

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES EM OBSERVÂNCIA À LEI 9656/1998**

- No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relações a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:  
**::: Cobertura Parcial Temporária:** o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.  
**::: Agravos:** acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento da contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

- Declaro que as informações por mim prestadas, na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento que **“se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta”** perderá o direito as coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos beneficiários já obtidos. Além disso comprometo-me a prestar toda e qualquer informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo expressamente desde logo que Médicos, Clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, enviem ao SV Saúde as informações que ela necessitar sobre meu estado de saúde (incluindo moléstias que possa sofrer ou ter sofrido), bem como resultado de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.
- Responsável pelas declarações e pelo pagamento das mensalidades.

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

Identidade nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Declaro ainda que todas as informações e orientações por mim solicitadas ao SV Saúde não tendo nenhuma questão importante a registrar.

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO:**

COM ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:  O CONSUMIDOR DISPENSOU A ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:

**ANÁLISE TÉCNICA:**

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**RECIBO**

TAXA DE ADESÃO R\$	VALOR DA MENSALIDADE R\$	TOTAL DO PAGAMENTO R\$
-----------------------	-----------------------------	---------------------------

RECEBI DO SR.(A) \_\_\_\_\_ A IMPORTÂNCIA DE R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_\_). EM ESPÉCIE OU ATRAVÉS DO CHEQUE Nº \_\_\_\_\_ DO BANCO  
\_\_\_\_\_, AGÊNCIA \_\_\_\_\_, CONTA \_\_\_\_\_, REFERENTE A ESTA **SOLICITAÇÃO DE ADESÃO**.

RIO DE JANEIRO, DE DE 20 \_\_\_\_\_  
NOME, CÓDIGO E ASSINATURA DO CORRETOR

	RECOMENDAÇÕES	TELEFONE	GRAU DE PARENTESCO
01			
02			
03			

# PROPOSTA DE ADESÃO PLANO AMBULATORIAL

2 Vias



Rua Carvalho Alvim, 261 (parte) - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ  
 CEP: 20.510-100 - C.N.P.J. 04.002.216/0001-47 - REGISTRO NA ANS Nº 41.225-2  
 SAC 3294-9000 - LEI Nº 9656 DE 03/06/1998

**ANS Nº 41225-2**

DATA DA VENDA  
 / /

VENCIMENTO  
 10  20  30

UNIDADES DE VENDA

1 - TIJUCA

FONTE:

RETIFICAÇÃO E RATIFICAÇÃO DA PROPOSTA CONTRATUAL PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA FÍSICA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

CPF DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

## DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

CPF: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ COMERCIAL: \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE DO TITULAR: \_\_\_\_\_

PLANO ESCOLHIDO:  LIGHT - Nº 478.596/17-7 ANÁLISE DE CARÊNCIA  
 SIM  NÃO  REDUÇÃO

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ÓRG. EXP. \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 PIS  PASEP  NIS  CNS

	NOME(S) DO(S) DEPENDENTE(S) / BENEFICIÁRIO(S)	CPF	E.C.	G.P.	NASCIMENTO
1					/ /
2					/ /
3					/ /
4					/ /
5					/ /
6					/ /

TABELA ESTADO CIVIL (E.C.) (1) SOLT. (2) CAS. (3) VIÚVO (4) SEP. (5) DIV. (6) OUTROS	TABELA GRAU DE PARENTESCO (G.P.) (1) PAI / MÃE (2) CONJ. (3) FILHO (4) OUTROS	SEXO ( 1 ) M ( 2 ) F	DEPENDENTE(S) DO BENEFICIÁRIO ACIMA			
			Nº IDENTIDADE	PIS	PASEP	NIS
NOME DA MÃE (1º DEPENDENTE):			1			1
NOME DA MÃE (2º DEPENDENTE):			2			2
NOME DA MÃE (3º DEPENDENTE):			3			3
NOME DA MÃE (4º DEPENDENTE):			4			4
NOME DA MÃE (5º DEPENDENTE):			5			5
NOME DA MÃE (6º DEPENDENTE):			6			6

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO)

DISCRIMINAÇÃO	RESPONDA ESCRIVENDO SIM OU NÃO						
	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)	DEP (5)	DEP (6)
1 - SOFRE DE PROBLEMAS DO CORAÇÃO ( INFARTO, PRESSÃO ALTA, ANGINA, ARRITIMIA, VÁLVULA CARDÍACA, ENTRE OUTRAS)?							
2 - SOFRE DE PROBLEMAS DAS GLÂNDULAS (DIABETES, TIREÓIDE, HIPÓFISE E SUPRA RENAL ENTRE OUTRAS)?							
3 - SOFRE DE PROBLEMAS GASTROENTEROLÓGICOS (PANCREATITE, VARIZES DE ESÔFAGO, COLITE, DIVERTICULITE, ÚLCERA, GASTRITE, VESÍCULA, HEPATITE B OU C, HEMORRÓIDA)?							
4 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO ANEMIAS, LEUCEMIAS, ALTERAÇÃO DE FATORES DE COAGULAÇÃO?							
5 - SOFRE DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (DERRAME, PARKINSON, ANEURISMA, HÉRNIA DE DISCO)?							
6 - SOFRE DE PROBLEMAS DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA, COMO RINITE, AMIGDALITE, FARINGITE, SINUSITE, SURDEZ, DESVIO DE SEPTO NASAL, ENTRE OUTROS?							
7 - SOFRE DE PROBLEMAS DE PULMÃO E TRAQUÉIA COMO (ASMA, BRONQUITE, PNEUMONIA, TUBERCULOSE) ?							
8 - SOFRE DE CÂNCER EM TRATAMENTO OU JÁ TRATADO? (MENCIONAR O TIPO E LOCAL DO CORPO ACOMETIDO)?							
9 - SOFRE DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS (CATARATA, GLAUCOMA, RETINA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, VISTA CANSADA, ENTRE OURAS)?							
10 - SOFRE DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS (PRÓSTATA, VARICOCELE, HIDROCELE, FIMOSE, ENTRE OUTRAS)?							
11 - SOFRE DE TRANSTORNOS MENTAIS E/OU DO COMPORTAMENTO (DEPRESSÃO, ESQUIZOFRENIA, NEUROSES, RETARDO MENTAL, EPILEPSIA, ALZHEIMER, DEMÊNCIA, ENTRE OUTROS) ?							
12 - SOFRE DE PROBLEMAS RENAI (HIDRONEFROSE, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, CÁLCULOS RENAI, ENTRE OUTROS) ?							
13 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO PARALISIA, DISTRÓFIA MUSCULAR, ESCLEROSE MÚLTIPLA, PROBLEMAS DE COLUNA, LUPUS, AIDS ?							
14 - SOFRE DE PROBLEMAS EM MEMBROS INFERIORES (VARIZES, ERISPELA, PROBLEMAS ARTERIAIS) ?							
15 - FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO COMO QUIMIOTERAPIA OU RADIOTERAPIA ?							
16 - JÁ FEZ ALGUM TIPO DE CIRURGIA ? ESPECIFIQUE.							
17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA DE ÓRGÃO OU SENTIDOS ?							

OBS: A PROPOSTA SÓ SERÁ ACEITA COM A CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM TODOS OS DADOS COMPLETOS.

1ª Via SV Saúde - 2ª Via Cliente

# PROPOSTA DE ADESÃO PLANO AMBULATORIAL

2 Vias



Rua Carvalho Alvim, 261 (parte) - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ  
 CEP: 20.510-100 - C.N.P.J. 04.002.216/0001-47 - REGISTRO NA ANS Nº 41.225-2  
 SAC 3294-9000 - LEI Nº 9656 DE 03/06/1998

**ANS Nº 41225-2**

DATA DA VENDA  
 / /

VENCIMENTO  
 10  20  30

UNIDADES DE VENDA

1 - TIJUCA

FONTE:

RETIFICAÇÃO E RATIFICAÇÃO DA PROPOSTA CONTRATUAL PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA FÍSICA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

CPF DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

## DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

CPF: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ COMERCIAL: \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: / / EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE DO TITULAR: \_\_\_\_\_

PLANO ESCOLHIDO:  LIGHT - Nº 478.596/17-7 ANÁLISE DE CARÊNCIA  
 SIM  NÃO  REDUÇÃO

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ÓRG. EXP. \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

PIS  PASEP  NIS  CNS

	NOME(S) DO(S) DEPENDENTE(S) / BENEFICIÁRIO(S)	CPF	E.C.	G.P.	NASCIMENTO
1					/ /
2					/ /
3					/ /
4					/ /
5					/ /
6					/ /

TABELA ESTADO CIVIL (E.C.) (1) SOLT. (2) CAS. (3) VIÚVO (4) SEP. (5) DIV. (6) OUTROS	TABELA GRAU DE PARENTESCO (G.P.) (1) PAI / MÃE (2) CONJ. (3) FILHO (4) OUTROS	SEXO ( 1 ) M ( 2 ) F	DEPENDENTE(S) DO BENEFICIÁRIO ACIMA			
			Nº IDENTIDADE	<input type="checkbox"/> PIS	<input type="checkbox"/> PASEP	<input type="checkbox"/> NIS <input type="checkbox"/> CNS
NOME DA MÃE (1º DEPENDENTE):			1		1	
NOME DA MÃE (2º DEPENDENTE):			2		2	
NOME DA MÃE (3º DEPENDENTE):			3		3	
NOME DA MÃE (4º DEPENDENTE):			4		4	
NOME DA MÃE (5º DEPENDENTE):			5		5	
NOME DA MÃE (6º DEPENDENTE):			6		6	

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO)

DISCRIMINAÇÃO	RESPONDA ESCRIVENDO SIM OU NÃO						
	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)	DEP (5)	DEP (6)
1 - SOFRE DE PROBLEMAS DO CORAÇÃO ( INFARTO, PRESSÃO ALTA, ANGINA, ARRITIMIA, VÁLVULA CARDÍACA, ENTRE OUTRAS)?							
2 - SOFRE DE PROBLEMAS DAS GLÂNDULAS (DIABETES, TIREÓIDE, HIPÓFISE E SUPRA RENAL ENTRE OUTRAS)?							
3 - SOFRE DE PROBLEMAS GASTROENTEROLÓGICOS (PANCREATITE, VARIZES DE ESÔFAGO, COLITE, DIVERTICULITE, ÚLCERA, GASTRITE, VESÍCULA, HEPATITE B OU C, HEMORRÓIDA)?							
4 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO ANEMIAS, LEUCEMIAS, ALTERAÇÃO DE FATORES DE COAGULAÇÃO?							
5 - SOFRE DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (DERRAME, PARKINSON, ANEURISMA, HÉRNIA DE DISCO)?							
6 - SOFRE DE PROBLEMAS DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA, COMO RINITE, AMIGDALITE, FARINGITE, SINUSITE, SURDEZ, DESVIO DE SEPTO NASAL, ENTRE OUTROS?							
7 - SOFRE DE PROBLEMAS DE PULMÃO E TRAQUÉIA COMO (ASMA, BRONQUITE, PNEUMONIA, TUBERCULOSE) ?							
8 - SOFRE DE CÂNCER EM TRATAMENTO OU JÁ TRATADO? (MENCIONAR O TIPO E LOCAL DO CORPO ACOMETIDO)?							
9 - SOFRE DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS (CATARATA, GLAUCOMA, RETINA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, VISTA CANSADA, ENTRE OURAS)?							
10 - SOFRE DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS (PRÓSTATA, VARICOCELE, HIDROCELE, FIMOSE, ENTRE OUTRAS)?							
11 - SOFRE DE TRANSTORNOS MENTAIS E/OU DO COMPORTAMENTO (DEPRESSÃO, ESQUIZOFRENIA, NEUROSES, RETARDO MENTAL, EPILEPSIA, ALZHEIMER, DEMÊNCIA, ENTRE OUTROS) ?							
12 - SOFRE DE PROBLEMAS RENAI (HIDRONEFROSE, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, CÁLCULOS RENAI, ENTRE OUTROS) ?							
13 - SOFRE DE PROBLEMAS COMO PARALISIA, DISTRÓFIA MUSCULAR, ESCLEROSE MÚLTIPLA, PROBLEMAS DE COLUNA, LUPUS, AIDS ?							
14 - SOFRE DE PROBLEMAS EM MEMBROS INFERIORES (VARIZES, ERISPELA, PROBLEMAS ARTERIAIS) ?							
15 - FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO COMO QUIMIOTERAPIA OU RADIOTERAPIA ?							
16 - JÁ FEZ ALGUM TIPO DE CIRURGIA ? ESPECIFIQUE.							
17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA DE ÓRGÃO OU SENTIDOS ?							

OBS: A PROPOSTA SÓ SERÁ ACEITA COM A CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM TODOS OS DADOS COMPLETOS.

1ª Via SV Saúde - 2ª Via Cliente

18 - JÁ FOI SUBMETIDO A ALGUMA TRANSFUÇÃO DE SANGUE? ESPECIFIQUE.								
19 - APRESENTA PROBLEMAS DE PELE (PÊNFIGO, PSORÍASE, CÂNCER DE PELE, ENTRE OUTRAS)?								

**COMENTÁRIOS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES FORMULADAS, QUE O CONSUMIDOR ENTENDA IMPORTANTE REGISTRAR**


**INFORMAÇÕES IMPORTANTES EM OBSERVÂNCIA À LEI 9656/1998**

- No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relações a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:  
**::: Cobertura Parcial Temporária:** o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.  
**::: Agravado:** acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento da contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

- Declaro que as informações por mim prestadas, na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento que **“se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta”** perderá o direito as coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos beneficiários já obtidos. Além disso comprometo-me a prestar toda e qualquer informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo expressamente desde logo que Médicos, Clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, enviem ao SV Saúde as informações que ela necessitar sobre meu estado de saúde (incluindo moléstias que possa sofrer ou ter sofrido), bem como resultado de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.
- Responsável pelas declarações e pelo pagamento das mensalidades.

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

Identidade nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Declaro ainda que todas as informações e orientações por mim solicitadas ao SV Saúde não tendo nenhuma questão importante a registrar.

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO:**

COM ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:  O CONSUMIDOR DISPENSOU A ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:

**ANÁLISE TÉCNICA:**

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**RECIBO**

TAXA DE ADESÃO R\$	VALOR DA MENSALIDADE R\$	TOTAL DO PAGAMENTO R\$
-----------------------	-----------------------------	---------------------------

RECEBI DO SR.(A) \_\_\_\_\_ A IMPORTÂNCIA DE R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_\_). EM ESPÉCIE OU ATRAVÉS DO CHEQUE Nº \_\_\_\_\_ DO BANCO  
\_\_\_\_\_, AGÊNCIA \_\_\_\_\_, CONTA \_\_\_\_\_, REFERENTE A ESTA **SOLICITAÇÃO DE ADESÃO.**

RIO DE JANEIRO, DE DE 20 \_\_\_\_\_  
NOME, CÓDIGO E ASSINATURA DO CORRETOR

	RECOMENDAÇÕES	TELEFONE	GRAU DE PARENTESCO
01			
02			
03			



18 - JÁ FOI SUBMETIDO A ALGUMA TRANSFUÇÃO DE SANGUE? ESPECIFIQUE.								
19 - APRESENTA PROBLEMAS DE PELE (PÊNFIGO, PSORÍASE, CÂNCER DE PELE, ENTRE OUTRAS)?								

**COMENTÁRIOS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES FORMULADAS, QUE O CONSUMIDOR ENTENDA IMPORTANTE REGISTRAR**


**INFORMAÇÕES IMPORTANTES EM OBSERVÂNCIA À LEI 9656/1998**

- No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relações a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:  
**::: Cobertura Parcial Temporária:** o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.  
**::: Agravado:** acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento da contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

- Declaro que as informações por mim prestadas, na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento que **“se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta”** perderá o direito as coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos beneficiários já obtidos. Além disso comprometo-me a prestar toda e qualquer informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo expressamente desde logo que Médicos, Clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, enviem ao SV Saúde as informações que ela necessitar sobre meu estado de saúde (incluindo moléstias que possa sofrer ou ter sofrido), bem como resultado de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.
- Responsável pelas declarações e pelo pagamento das mensalidades.

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

Identidade nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Declaro ainda que todas as informações e orientações por mim solicitadas ao SV Saúde não tendo nenhuma questão importante a registrar.

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO:**

COM ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:  O CONSUMIDOR DISPENSOU A ASSISTÊNCIA DE MÉDICO ORIENTADOR:

**ANÁLISE TÉCNICA:**

RIO DE JANEIRO, DE DE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

**RECIBO**

TAXA DE ADESÃO R\$	VALOR DA MENSALIDADE R\$	TOTAL DO PAGAMENTO R\$
-----------------------	-----------------------------	---------------------------

RECEBI DO SR.(A) \_\_\_\_\_ A IMPORTÂNCIA DE R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_\_). EM ESPÉCIE OU ATRAVÉS DO CHEQUE Nº \_\_\_\_\_ DO BANCO  
\_\_\_\_\_, AGÊNCIA \_\_\_\_\_, CONTA \_\_\_\_\_, REFERENTE A ESTA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO.

RIO DE JANEIRO, DE DE 20 \_\_\_\_\_  
NOME, CÓDIGO E ASSINATURA DO CORRETOR

	RECOMENDAÇÕES	TELEFONE	GRAU DE PARENTESCO
01			
02			
03			



## INFORMATIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CONTRATO

### NÃO COBERTURA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A SV Saúde esclarece que todos os produtos registrados na Agência Nacional de Saúde são de segmentação AMBULATORIAL.

E em razão disto não garantem qualquer tipo de internação hospitalar.

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - I

Em conformidade com a Lei 9656/98, a SV Saúde, garante o atendimento nos casos de urgência e emergência, após às 24 horas de contratação do plano, sendo entendido como urgência: os casos resultantes de Acidentes Pessoais (eventos súbitos e involuntários não decorrentes de problemas relacionados à saúde), e de emergência, considerados os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, conforme declaração de médico assistente.

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - II

A respeito deste tipo de atendimento a SV Saúde, cumpre com o disposto na regulamentação, CONSU N°13/98, em seu art. 2º: "O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, 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, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora".

### AGENDAMENTO E PRAZOS DE ATENDIMENTO. RN 259/11- ART.3º PARÁGRAFO 2º

Por força da Resolução Normativa da ANS, RN 259/11, que garante os prazos de atendimento ao beneficiário, a SV Saúde, vem informar que para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

Havendo dúvida ou qualquer necessidade de auxílio, entre em contato com o SAC através do Tel.: 3294-9000 ou e-mail: [sac@svsaude.com](mailto:sac@svsaude.com).

### CARÊNCIA E DOENÇA PREEXISTENTE

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Os prazos de carência estão disponibilizados em Cláusula própria constante no contrato e referem-se ao tempo necessário para que o beneficiário possa realizar consultas, exames e procedimentos.

Quando o beneficiário for portador de alguma doença preexistente ao seu ingresso na operadora SV Saúde, estará sujeito a aplicação da Cobertura Parcial Temporária. Isto significa que o beneficiário necessitará aguardar pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses para realizar os procedimentos de Alta Complexidade, constante do Rol de procedimentos da ANS e relacionados à doença preexistente indicada no Termo Aditivo. Vide Cláusula do contrato.

### ENTREGA DE CONTRATO CARTEIRA E GUIA DO USUÁRIO

É direito do beneficiário o recebimento do contrato, da carteira do plano e do Guia do Usuário contendo a rede credenciada. Uma vez assinada a Proposta de Adesão e após decorrido o prazo de 7 (sete) dias úteis, o beneficiário deverá retirar tais documentos na Loja de Atendimento referente à sua área de contratação. Dúvidas poderão ser retiradas junto ao SAC.

SAC: (21) 3294-9000

[sac@svsaude.com](mailto:sac@svsaude.com)

Site: [svsaude.com](http://svsaude.com)

[ouvidoria@svsaude.com](mailto:ouvidoria@svsaude.com)

### REDE CREDENCIADA

A rede credenciada da operadora SV Saúde está disponibilizada no site da operadora: [svsaude.com](http://svsaude.com) e poderá contar com atualizações diárias. Havendo dúvidas sobre a localização ou realização dos serviços contratados, o beneficiário deverá entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC através do tel.: (21) 3294-9000 ou através do e-mail: [sac@svsaude.com](mailto:sac@svsaude.com).

### AUTORIZAÇÃO PRÉVIA SAC - OUVIDORIA

A SV Saúde disponibiliza a relação de exames e procedimentos que necessitam de Autorização Prévia através da cláusula de Mecanismo de Regulação constante no contrato e orienta ao beneficiário que consulte a listagem nela transcrita antes do agendamento do exame ou procedimento.

Além disso, o Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC - Tel.: 3294-9000, está apto a retirar dúvida sobre qualquer atendimento, marcação de consulta e exame.

Este serviço também poderá ser acessado através do e-mail: [sac@svsaude.com](mailto:sac@svsaude.com).

Havendo divergência ou dificuldade diante das informações fornecidas pelo SAC, o beneficiário poderá recorrer ao Serviço de Ouvidoria, através do e-mail: [ouvidoria@svsaude.com](mailto:ouvidoria@svsaude.com), informando o nº do protocolo fornecido pelo SAC.

Para melhor compreensão das coberturas contratadas, a SV Saúde orienta a leitura do Guia de Leitura Contratual, anexo ao contrato e também disponibilizado no site da operadora.

### REAJUSTE

Por determinação da ANS, serão aplicados aos contratos Coletivos e Individuais 2 (dois) tipos de reajuste. O reajuste anual, decorrente da inflação e o reajuste por faixa etária, onde será aplicado o % (percentual) constante na tabela, descrita no Contrato.

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

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

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doenças ou lesões preexistentes (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada a Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas às eventuais carências.

A operadora de plano de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN 162/07

**Coletivo Empresarial**

Com 30 participantes ou mais

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

Com menos de 30 participantes

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

**Coletivo por Adesão**

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

**MECANISMO DE REGULAÇÃO**

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

**REAJUSTE**

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.

Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

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

### **Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

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

### **Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e urgência/emergência integral após 24hs, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

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

### **Abrangência geográfica**

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

### **Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estados(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

### **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for o plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

*Para informa-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).*

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

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



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)



## GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Operadora: TUIUIU  
CNPJ: 04.002.216/0001-47  
Nº de Registro na ANS: 41.225-2  
Nº de Registro do produto: 478.596/17-7  
Tel.: (21) 3294-9000  
Site: [www.svsaude.com](http://www.svsaude.com)  
Nome do produto: **Especial Light**  
Tipo de Contratação: **Individual ou Familiar**

# Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	2
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	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.	2
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	3
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	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.	3
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	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.	4, 5 e 6
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	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.	7, 8 e 9
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	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.	9, 10 e 11

<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à 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.	8 e 9
<b>MECANISMO DE REGULAÇÃO</b>	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.	12, 13, 14, 15 e 16
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	8
<b>RESCISÃO / SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	18 e 19
<b>REAJUSTE</b>	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.	17
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	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.	Não se aplica. Produto de contratação Individual

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deverá contatar a operadora.. Permanecendo dúvidas, poderá 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)



**Registro ANS nº 478.596/17-7**

<b>SUMÁRIO</b>		
<b>Cláusula</b>	<b>Temas</b>	<b>Página</b>
I	Objeto do contrato	2
II	Nome e nº de registro do plano na ans	2
III	Tipo de contratação	2
IV	Segmentação assistencial do plano de saúde	2
V	Área geográfica de abrangência do plano de saúde	3
VI	Área de atuação do plano de saúde	3
VII	Padrão de acomodação	3
VIII	Formação de preço	3
IX	Condições de admissão	3
X	Coberturas e procedimentos garantidos	4
XI	Exclusões de cobertura	6
XII	Vigência do contrato	8
XIII	Períodos de carência	8
XIV	Doenças e lesões preexistentes	9
XV	Atendimento de urgência e emergência	11
XVI	Mecanismos de regulação	12
XVII	Formação de preço e mensalidade	16
XVIII	Reajuste	16
XIX	Faixas etárias	17
XX	Condições da perda da qualidade de beneficiário	18
XXI	Rescisão	18
XXII	Disposições gerais	19
XXIII	Eleição de foro	22

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde - Plano Individual Familiar  
Seguimento Ambulatorial - ESPECIAL LIGHT I

**Registro ANS nº 478.596/17-7**

1. Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, TUIUIU ADMINISTRADORES DE PLANO DE SAÚDE LTDA, Operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na Rua Carvalho Alvim, 261 (parte) -Tijuca - Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ sob o n.º 04.002.216/0001-47, classificada como sociedade de medicina de grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o nº 41.225-2, conforme a Lei nº 9656/1998.

2. Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços médicos ambulatoriais as partes assinam o presente contrato, na qual a CONTRATADA se obriga na prestação da assistência médica AMBULATORIAL ao BENEFICIÁRIO CONTRATANTE, e aos dependentes que a ele se vinculam através da dependência econômica e ou legal, devidamente inscritos e qualificados na Proposta de Adesão, integrante deste contrato, que se materializa através das cláusulas abaixo:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde no Segmento Médico Ambulatorial, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9656/1998, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3. Este contrato objetiva cobrir serviços de assistência médica ambulatorial e tratamentos, de diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO NOME E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

1. O presente contrato refere-se ao plano de saúde denominado **ESPECIAL LIGHT I**, correspondendo ao registrado junto à Agência Nacional de Saúde sob o nº **478.596/17-7**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO**

1. A modalidade contratada é identificada como Produto Individual Familiar e destina-se à Pessoa Física, onde a cobertura da atenção prestada é delimitada ao Titular podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais devidamente inscritos e autorizados na Proposta de adesão.

**CLÁUSULA QUARTA – DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

1. A segmentação contratada é AMBULATORIAL e não contempla internação hospitalar.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

1. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica na área de abrangência relativa ao Grupo de Municípios. Compõe a referida área os municípios de: Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu e Queimados.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

1. Este contrato possui como área de atuação os seguintes municípios: Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu e Queimados.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

1. Por se tratar de Plano de Segmentação AMBULATORIAL, não existe a obrigatoriedade de garantia de leito hospitalar. No entanto, nos casos de atendimento às Urgências e Emergências, será assegurado ao BENEFICIÁRIO atendimento médico de até 12 horas em leito de Emergência, em Regime de Pronto Atendimento.

2. Esta cobertura cessará se caracterizada a necessidade de realização de procedimento exclusivo de cobertura hospitalar.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA FORMAÇÃO DE PREÇO**

1. O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo CONTRATANTE, e seus BENEFICIÁRIOS, pertinente à cobertura assistencial contratada, baseia-se no sistema pré-estabelecido, do qual o BENEFICIÁRIO realiza o pagamento antes da realização do serviço.

#### **CLÁUSULA NONA – DA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

1. Para efeito deste Contrato, é considerado BENEFICIÁRIO Titular o CONTRATANTE.

2. Poderão ser inscritos como BENEFICIÁRIOS Dependentes:

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;

c) Os filhos e enteados solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se universitário estudante em curso registrado no MEC- Ministério da Educação;

d) O menor que, por determinação judicial ou extrajudicial, se ache sob a guarda provisória ou permanente do BENEFICIÁRIO Titular ou sob tutela;

e) Os filhos e enteados, solteiros e de qualquer idade, desde que comprovadamente inválidos;

f) Do filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

f.1) Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

g) Outros admitidos na regulamentação, desde que previstos expressamente neste instrumento.

3. A inclusão do BENEFICIÁRIO Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da proposta de adesão fornecida pela CONTRATADA.

4. Ficará a cargo do BENEFICIÁRIO Titular, quando do preenchimento do instrumento fornecido pela CONTRATADA, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação completa, incluindo filiação, endereço completo, número de inscrição no CPF, RG e CNS.

5. Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA pelo BENEFICIÁRIO Titular.

6. No ato da contratação e das inclusões posteriores, o BENEFICIÁRIO Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO.

7. O CONTRATANTE é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus dependentes, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste contrato, e na rede prestadora de serviços contratada e credenciada da CONTRATADA, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

1. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, destinado à cobertura ambulatorial, terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

2. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios e todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

4. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local e das circunstâncias.

A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) 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 previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

h) 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), 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;

i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto e referência ou inovador que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 e;

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

j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para segmentação ambulatorial;

k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para segmentação ambulatorial;

l) Hemoterapia ambulatorial;

m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre – 5,0 a – 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até – 4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até – 4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, e as demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

2. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

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

6. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

8. Transplantes de qualquer natureza;
9. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica);
10. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
11. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
12. Fornecimento de próteses, órteses de qualquer natureza, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;
13. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
14. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
15. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
16. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
17. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
18. Aparelhos ortopédicos;
19. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
20. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
21. Cirurgia para mudança de sexo;
22. Avaliação pedagógica;
23. Orientações vocacionais;
24. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
25. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
26. Remoção domiciliar;
27. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
28. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
29. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

30. Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;
31. Procedimentos que demandem internação em unidade hospitalar;
32. Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como UTI, e similares.
33. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
34. Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;
35. Medicina Ortomolecular.
36. Embolizações; e
37. Medicamentos e curativos, salvo nas urgências e emergências e cirurgias ambulatoriais.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

1. Este contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que correr primeiro.
2. Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

1. CARÊNCIA – É o período de tempo, contado da assinatura do Contrato, da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, onde o CONTRATANTE deverá permanecer no plano, sem direito à (s) garantia (s) coberta (a) por este contrato conforme definido nesta CLÁUSULA.
2. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

### **24 (vinte e quatro) horas**

- Cobertura para os casos de emergências e urgências, com repouso até 12 (doze) horas se necessário e remoção para hospital público se caracterizado a necessidade de internação.

### **07 (sete) dias**

- Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.

### **30 (trinta) dias**

- EXAMES e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, Exames laboratoriais, (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, genotipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional.

### **60 (sessenta) dias**

- EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS

Eletroencefalograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico.



### **120 (cento e vinte) dias**

- Fisioterapia, Acupuntura, Infiltrações, Testes Alérgicos, Provas Imunoalérgicas, Ultrassonografias, Audiometrias, Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares

### **150 (cento e cinquenta) dias**

- Endoscopia digestiva alta, Ecocardiografia, Rx Contrastado, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, Eco Doppler, Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e potenciais evocados), Provas de função respiratória, Mamografias e Exames Anatomopatológicos

### **180 (cento e oitenta) dias**

- TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS, listados no Rol de procedimentos e suas atualizações, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares, Cirurgias Oftalmológicas, Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, densitometria óssea, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Quimioterapia Ambulatorial, Radioterapia Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise e Diálise Peritoneal), Hemoterapia Ambulatorial, Psicoterapia de crise, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da ANS e suas atualizações do plano ambulatorial.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

1. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena da 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 9656/1998;
2. Doenças ou Lesões Preexistentes são 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 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa vigente;
3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o BENEFICIÁRIO Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo;
4. O BENEFICIÁRIO tem 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 para o BENEFICIÁRIO;
5. 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 assuma o ônus financeiro dessa entrevista;

6. 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 o BENEFICIÁRIO 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 consequências da omissão de informações;

7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO pela CONTRATADA, com vista à sua admissão no plano privado de assistência à saúde;

8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do BENEFICIÁRIO, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;

9. **Cobertura Parcial Temporária - CPT** é 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO ou seu representante legal;

10. **Agravo** é 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, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o BENEFICIÁRIO;

11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente;

12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br);

13. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei 9656/1998;

15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo;

16. Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova;

17. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente;

18. AANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo;

19. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário 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 da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato;

20. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

1. A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I - Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II- Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

1.1. A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar;

### **2. DA REMOÇÃO**

2.1. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I- para outra 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; e

II- para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

### **3. DA REMOÇÃO PARA O SUS**

3.1. A CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

3.2. 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, a CONTRATADA desse ônus;

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

3.4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **4. DO REEMBOLSO**

4.1. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a tabela de preço de serviços médicos ambulatoriais praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

4.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação (se houver), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais apresentados.

4.3. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) O relatório do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento;
- b) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- c) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

4.4. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

4.5. Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à CONTRATADA diretamente em sua sede ou em um endereço indicado por ela no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico sob pena de perda do direito após esta data.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

1. A CONTRATADA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos beneficiários.

2. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos Cartões de Identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do BENEFICIÁRIO, rescisão, resolução ou rescisão do presente instrumento. Nos casos em que os cartões foram devolvidos, na forma acima, deverá a CONTRATANTE assinar termo próprio se responsabilizando por eventual uso indevido dos serviços.

3. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS.

4. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer BENEFICIÁRIO, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

5. Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

6. Quando do envio da segunda via do Cartão Individual de Identificação, será cobrada uma taxa referente a essa emissão.

7. Somente terão direito aos serviços ora contratados os BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos.

8. O GUIA do USUÁRIO, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela CONTRATADA, é constantemente atualizado no portal da CONTRATADA na internet ([www.svsaude.com](http://www.svsaude.com)) e fica permanentemente à disposição do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO, tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o GUIA do USUÁRIO, a disposição do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO, no horário comercial, nas lojas de atendimento ao cliente. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9. Informações sobre a rede de serviços credenciada podem também ser obtidas no SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA, através do telefone (21) 3294-9000 ou ainda pelo e-mail: [sac@svsaude.com](mailto:sac@svsaude.com).

10. 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, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

11. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao BENEFICIÁRIO e à 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.

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

13. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

#### **14. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS**

14.1. Para a realização dos exames e procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

14.2. O pedido médico deverá ser apresentado à Loja de Atendimento da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

14.3. São passíveis de autorização prévia, mediante solicitação nas Agências de Atendimento, os exames e procedimentos abaixo listados, além dos identificados como alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde.

14.4. São ainda passíveis de Autorização Prévia, todos os procedimentos ambulatoriais solicitados por médico (a) não credenciado (a) pela SV Saúde e todos os exames e/ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, e/ou anestesia, desde que sejam eletivos.

14.5. São ainda passíveis de autorização prévia:

Punções e Biópsia

Provas e testes alérgicos

Teste ergométrico

Eletrocardiografia dinâmica

Ecocardiograma

Exames e/ ou tratamento por hemodinâmica cobertos pelo plano ambulatorial

Monitorização ambulatorial de pressão arterial

Exame de anatomia patológica e citopatológica

Eletroencefalografia e neurofisiologia e eletromiografia

Endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário

Fisioterapia

Exames citogenéticos

Transfusão sanguínea eletiva

Pesquisa de HIV

Biópsias

Dosagens hormonais

Provas ventilatórias

Quimioterapia e/ou radioterapia

Exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio

Radiodiagnóstico contrastado

Radiologia intervencionista

Ressonâncias Magnéticas

Ultrassonografia

Densitometria óssea

Tomografias computadorizadas

Exames e/ou procedimentos otorrinolaringológicoeletivo

Exames e/ou procedimentos urológicos eletivos

Exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos

Hemodiálise e/ou diálise peritoneal

Mamografia

14.6. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

14.7. Caso a documentação não contenha todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da guia de autorização prévia, a CONTRATADA poderá requisitar ao CONTRATANTE ou médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o BENEFICIÁRIO obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.

14.8. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao BENEFICIÁRIO, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, a partir do momento da sua solicitação.

14.9. Havendo dúvida a respeito de autorizações, o BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato com o SAC, através do telefone (21) 3294-9000 ou ainda através do e-mail: [sac@svsaude.com](mailto:sac@svsaude.com).

## 15. DA JUNTA MÉDICA

15.1. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

15.2. Caso o BENEFICIÁRIO escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

15.3. Identificada a divergência, a CONTRATADA deverá contratar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando o nome do médico desempatador, podendo apresentar até quatro nomes. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da CONTRATADA para composição da junta médica, devendo responder a indicação da CONTRATADA no prazo de 72 (setenta e duas) horas. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado pela CONTRATADA.

15.4. A junta médica poderá ocorrer de forma presencial ou remota, sendo que no segundo caso, eventuais trocas de informações e a posição final fundamentada de cada um dos três profissionais integrantes devem ser reduzidas a termo.

15.5. A junta médica deverá ser instaurada e finalizada em prazo que possibilite o cumprimento dos prazos estabelecidos na regulamentação para a garantia dos atendimentos, sendo que seu resultado final será comunicado ao profissional requisitante e ao BENEFICIÁRIO.

15.6. Nos casos de urgência ou emergência, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

16. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

17. Embora a cobertura contratual seja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, constantes no GUIA DO USUÁRIO, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

## 18. MEIOS DE DIVULGAÇÃO

18.1. O BENEFICIÁRIO receberá o MANUAL DO USUÁRIO do plano, contendo a rede dos prestadores de serviços, o MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, o Guia de Leitura Contratual, a CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO e o INFORMATIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CONTRATO, os quais conterão no mínimo:

- prazos de carência;
- vigência contratual;
- critérios de reajuste;
- segmentação assistencial; e
- abrangência geográfica.

18.2. Também poderá acessar o site da CONTRATADA ([www.svsaude.com](http://www.svsaude.com)) para o mesmo fim ou para outras informações pertinentes às mensalidades, procedimentos utilizados e outros serviços médicos.

18.3. Para dirimir dúvidas a respeito do seu plano, para marcação, autorização e orientações, o BENEFICIÁRIO, além do site da CONTRATADA, poderá fazê-lo, através do SAC da Operadora, pelo telefone (21) 3294-9000 ou ainda pelo e-mail sac@svsaude.com.

18.4. A CONTRATADA reserva-se o direito de cancelar os serviços credenciados de médicos, laboratórios e demais atendimentos, obrigando-se a nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão.

#### **CLÁUSULA DECIMA SÉTIMA - DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
2. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.
3. Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.
4. A CONTRATADA disponibiliza outras formas de recebimento de boleto para pagamento da mensalidade, desde que solicitada, através de e-mail ou ainda pelo site [www.svsaude.com](http://www.svsaude.com).
5. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal. O BENEFICIÁRIO deverá solicitar o boleto através do SAC ou do Site da Operadora.
6. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
7. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
8. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
9. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.
10. A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO REAJUSTE**

1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.
2. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.
3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.



4. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% ( $S_m$ ), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

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

$$R = \frac{S}{m} - 1$$

Onde:  $S$  - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

$S_m$  - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

6. Além dos reajustes acima previstos, haverá alteração de preço em razão da mudança de faixa etária, disposto no tema próprio.

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

8. Os valores relativos à taxa de inscrição e as coparticipações (se houver) serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das Mensalidades.

9. Os reajustes serão aplicados mediante prévia autorização da ANS.

10. Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do BENEFICIÁRIO, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS FAIXAS ETARIAS**

1. As mensalidades foram fixadas em função da idade do BENEFICIÁRIO inscrito, de acordo com as faixas etárias e percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme estabelecido na Tabela Abaixo.

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 BENEFICIÁRIO, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

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

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

a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis vezes) o valor da primeira faixa etária;

b) 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;

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativo.

5. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao BENEFICIÁRIO com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro q vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

## PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA RN 63/2003

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>% AUMENTO</b>
00 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	0,00%
24 a 28 anos	0,00%
29 a 33 anos	4,42%
34 a 38 anos	6,67%
39 a 43 anos	15,63%
44 a 48 anos	45,41%
49 a 53 anos	3,88%
54 a 58 anos	16,30%
59 ou mais	49,51%

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

1. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o BENEFICIÁRIO dependente:

- a) Quando o BENEFICIÁRIO titular solicitar por escrito sua exclusão;
- b) Quando, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição ou quando deixar de entregar documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente;
- c) Quando o presente contrato for rescindido;
- d) Em caso de fraude ao plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

2. Ressalvada a hipótese de rescisão prevista neste instrumento por fraude ou inadimplência do BENEFICIÁRIO titular, a extinção do vínculo do BENEFICIÁRIO titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito de manutenção nas mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, inclusive com a indicação de um BENEFICIÁRIO que será o responsável pelo pagamento da mensalidade e se manifeste junto a CONTRATADA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a rescisão ou morte do titular.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO**

1. Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização ao CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Atraso, no pagamento das mensalidades do plano, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- b) Fraude comprovada, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente, será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude.

2. Após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, a CONTRATADA poderá notificar o CONTRATANTE a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

3. A rescisão contratual, por iniciativa do CONTRATANTE, somente poderá se dar mediante solicitação por escrita a ser encaminhada à CONTRATADA, respeitando-se o período de vigência mínimo de 12 (doze) meses.

4. Na hipótese de rescisão antes do cumprimento do período mínimo de permanência de 12 (doze) meses, fica o CONTRATANTE obrigado ao pagamento de 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

5. Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo beneficiário para fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. Integra este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) CONTRATANTE, o Guia do Usuário, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o informativo para utilização do contrato.

2. O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

3. O (A) CONTRATANTE, por si e por seus BENEFICIÁRIOS dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

4. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

5. A CONTRATADA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

6. Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00 (dez) reais, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

7. É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

8. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

9. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer BENEFICIÁRIO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do BENEFICIÁRIO do plano.

10. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

11. A solicitação de cancelamento do plano contratado, obedecerá os seguintes critérios:

- a) Deverá ser solicitado em até 30 dias da data da assinatura do contrato do plano de saúde, e
- b) Não deverá ter havido nenhum tipo de utilização do plano, seja em caráter eletivo ou de urgência e/ou emergência.

12. 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 órgão 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, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete 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.

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

**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:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

**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 suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**COPARTICIPAÇÃO:** 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:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário 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.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.

**EMERGÊNCIA:** é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada 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.

**LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES:** mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

**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:** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

**URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Rio de Janeiro, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tuiuiu Administradores de Planos de Saúde Ltda

\_\_\_\_\_  
Contratante

