São Cristóvão saúde

ÍNDICE

Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

São Cristóvão saúde

Contrato N.º

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

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. sob o número 60.975.174/0001-00, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 31.421-8 e classificada como Operadora Filantrópica de Planos de Assistência à Saúde, com sede à Rua Américo Ventura, nº 123, Alto da Mooca, São Paulo/SP, doravante denominada SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome: _____ Filiação: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

RG: _____ Órgão Expeditor: _____

Endereço: _____ nº: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep.: _____

E-mail: _____

5

TIPO DE CONTRATAÇÃO

Individual ou Familiar, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

A escolha do plano será feita exclusivamente pelo **CONTRATANTE**, dentre as seguintes opções:

NOME COMERCIAL	REGISTRO ANS	ACOMODAÇÃO	SEGMENTAÇÃO
SÃO CRISTÓVÃO 10 E	464.223/11-6	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
SÃO CRISTÓVÃO 20 E	463.170/10-6	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
SÃO CRISTÓVÃO 20 A	463.169/10-2	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
SÃO CRISTÓVÃO 20 COPARTICIPATIVO E	463.171/10-4	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
SÃO CRISTÓVÃO 20 COPARTICIPATIVO A	463.172/10-2	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
SÃO CRISTÓVÃO ABC 10 E	469.490/13-2	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
SÃO CRISTÓVÃO ABC 20 A	469.489/13-9	Apartamento	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

PLANOS	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA
SÃO CRISTÓVÃO 10 E	São Paulo/SP
SÃO CRISTÓVÃO 20 E	Cubatão, Guarujá, Guarulhos, Mauá, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Osasco e Praia Grande.
SÃO CRISTÓVÃO 20 A	Cubatão, Guarujá, Guarulhos, Mauá, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Osasco e Praia Grande
SÃO CRISTÓVÃO 20 COPARTICIPATIVO E	Cubatão, Guarujá, Guarulhos, Mauá, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Osasco e Praia Grande
SÃO CRISTÓVÃO 20 COPARTICIPATIVO A	Cubatão, Guarujá, Guarulhos, Mauá, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Osasco e Praia Grande
SÃO CRISTÓVÃO ABC 10 E	São Paulo (Capital), São André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Mauá
SÃO CRISTÓVÃO ABC 20 A	São Paulo (Capital), São André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Mauá

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

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

DO OBJETO E DA NATUREZA DO CONTRATO

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

1.1 - O presente contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

2. O Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

3. Poderão vincular-se na condição de **BENEFICIÁRIO TITULAR** do plano de saúde as pessoas físicas de qualquer idade, desde que apresentados os seguintes documentos:

3.1 - Documentos pessoais: RG, CPF;
3.2 - Proposta de Adesão devidamente assinada pelo beneficiário titular ou por seu representante legal;
3.3 - Certidão de Nascimento, no caso de menor de idade;
3.4 - Demais documentos solicitados pela Operadora.

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

4.1 - o cônjuge ou companheiro(a) com comprovação documental do vínculo;
4.2 - os filhos, enquanto solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos, ou os filhos até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários;
4.3 - o menor sob guarda e tutelado, com comprovação de dependência econômica;
4.4 - filho inválido, solteiro, sem limite de idade, desde que comprovada a dependência econômica.

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

5.1 - Cônjuge:

a) Documentos pessoais: RG e CPF;
b) Cópia da certidão de casamento civil;
c) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.

5.2 - Companheiro(a):

a) Documentos pessoais RG e CPF;
b) Declaração de união estável (de próprio punho ou registrada em cartório);
c) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.

5.3 - Filhos, tutelados, solteiros de até 21 (vinte e um) anos e para os de até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se cursando universidade:

a) Certidão de nascimento, de adoção ou documento tutelar legal;
b) Documentos pessoais: RG e CPF, quando houver;
c) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.
d) Declaração da Instituição de Ensino, se universitário;
e) Os documentos listados acima deverão ser renovados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição.

5.4 - Filhos inválidos:

a) Certidão de nascimento;
b) Documentos pessoais: RG e CPF, quando houver;
c) Comprovante de invalidez de acordo com a legislação vigente da Previdência Social e Imposto de Renda;
d) Proposta de Adesão devidamente assinada pelo titular.

6. Além dos documentos previstos neste contrato, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** poderá exigir do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e de seus **DEPENDENTES** demais documentos comprobatórios de todas as informações por ele(s) prestada(s), em conformidade com as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7. O BENEFICIÁRIO TITULAR e seus **DEPENDENTES**, deverão obrigatoriamente informar ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, através do preenchimento da "Declaração de Saúde", a doença ou lesão preexistente, anteriormente à assinatura do Contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeita à suspensão ou rescisão contratual, na forma da lei.

8. A "Entrevista "Qualificada" classificará o(s) beneficiário(s) a ela submetido(os) como portador(es) ou não de doença ou lesão preexistente, gerando direitos e obrigações.

9. Não será aceita a inclusão de **BENEFICIÁRIOS TITULARES** e **DEPENDENTES** que não atendam a elegibilidade prevista neste contrato, bem como aqueles que deixem de apresentar a documentação comprobatória solicitada.

10. A inclusão do **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** será obrigatoriamente efetuada no mesmo plano contratado pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, através do preenchimento e da assinatura de nova Proposta de Adesão.

11. Aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES** deste contrato será assegurada:

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

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

DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

12.2 - A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

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

COBERTURA AMBULATORIAL

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

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

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

13.3 - consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

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

13.5 - procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

13.6 - os seguintes procedimentos considerados especiais:

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

COBERTURA HOSPITALAR

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

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

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

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

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

14.5 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

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

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

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

14.9 - estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

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

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

14.12 - cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

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

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

COBERTURA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

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

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

15.2 - a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

15.3 - o custeio integral de, pelo menos, **30 (trinta) dias** de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

15.4 - o custeio integral de, pelo menos, **15 (quinze) dias** de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

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

15.6 - 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

15.7 - o tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano, para os diagnósticos **F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98** relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;

16. Havendo necessidade de continuidade da internação para tratamento de transtorno psiquiátrico, após o decurso dos prazos acima previstos, dentro do mesmo ano, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** se responsabilizará pelo pagamento de 40 % sobre o valor das despesas cujos procedimentos sejam cobertos por este contrato, e o valor restante deverá ser pago pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** diretamente ao prestador de serviços.

COBERTURA DE TRANSPLANTES

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

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

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

COBERTURA OBSTÉTRICA

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

18.1 - Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

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

DAS EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DE COBERTURA

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

19.1 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

19.3 - Inseminação Artificial;

19.4 - Tratamento de rejuvenecimento ou emagrecimento com finalidade estética;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19.17 - Procedimentos odontológicos, salvo cirurgia de buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar.

19.18 - Sonoterapia e Medicina Ortomolecular;

19.19 - Vacinas, necropsias, cirurgias fetais, internações e cirurgias para mudança de sexo;

19.20 - Qualquer tipo de remoção não prevista neste contrato ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

19.21 - Reembolso de qualquer natureza, excetuando o previsto expressamente neste contrato.

DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

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

20.1 - O início da vigência contratual será a data da assinatura da Proposta de Adesão, a data de assinatura do contrato ou a data de pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação dos prazos de carência.

DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

21. As coberturas previstas no presente instrumento passarão a vigorar após cumprimento dos prazos de carência abaixo descritos, contados a partir da data início de vigência contratual, no caso de **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ou a partir da data de ingresso, no caso de **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**:

21.1 - Atendimento de Urgência e Emergência: **24 (vinte e quatro) horas**;

21.2 - Consultas em consultório, ambulatórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos: **30 (trinta) dias**;

21.3 - Procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, honorário médicos de internações e custos hospitares de internações clínicas e cirúrgicas: **180 (cento e oitenta) dias**;

21.4 - Internações Hospitalares para tratamento de transtornos psiquiátricos: **180 (cento e oitenta) dias**;

21.5 - Parto a termo: **300 (trezentos) dias**.

DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)**, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

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

28.2 - Após julgamento e acolhida a alegação do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, o beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data do recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário.

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

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

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DA REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

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

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

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

32.3 - remoção para unidade do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

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

34. O SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE se responsabilizará pela remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, disponibilizando ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

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

DO REEMBOLSO

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

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

37.1 - Cópia do boletim de atendimento, contendo data, hora e local de atendimento, diagnóstico, procedimento realizado, as condições que caracterizaram a urgência e emergência, carimbo do médico com o nome completo, nº do CRM, especialidade e a sua respectiva assinatura;

37.2 - Recibo ou Nota Fiscal da conta hospitalar discriminada, com o valor unitário de cada item de despesa e tipo específico de procedimento realizado, incluindo a relação de materiais, medicamentos, taxas, etc;

37.3 - Recibo ou Nota Fiscal dos honorários médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e demais profissionais envolvidos, apontando o nome completo, a especialidade, o número do CPF e do CRM do profissional; e

37.4 - O endereço e telefone do médico assistente para contato, caso necessário.

37.5 - No caso de solicitação de reembolso das despesas com procedimentos decorrentes de extirpação de órgãos, tumores ou lesões, o beneficiário deverá, além dos documentos acima exigidos, apresentar o laudo do exame anatomo-patológico.

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

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

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

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

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

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

DA COPARTICIPAÇÃO

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

41.1 - Consultas = R$ 15,00 (quinze reais)
41.2 - Consulta em Pronto Socorro = R$ 25,00 (vinte e cinco reais)
41.3 - Exames/Procedimentos = 20 % (vinte por cento) do valor, limitados a quantia de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

42. Os valores da **COPARTICIPAÇÃO** serão cobrados pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** juntamente com a **MENSALIDADE**, e reajustados anualmente com base no mesmo percentual autorizado pela ANS.

43. Nos meses em que ocorrer a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO**, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** disponibilizará um extrato de utilização ao beneficiário do qual constará o nome ou a razão social do prestador de serviços, número do CPF ou do CNPJ, a discriminação do serviço realizado e o valor da **COPARTICIPAÇÃO** (individual e total).

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

45. Não estarão sujeitas à **COPARTICIPAÇÃO**, as consultas e exames realizados em regime de internação hospitalar, clínica ou cirúrgica.

DAS REGRAS DE UTILIZAÇÃO

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

46.1 - Documento de Identidade legalmente reconhecido, com foto; e

46.2 - Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**.

47 - A não apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário, juntamente com um documento de identidade com foto, desobriga o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** de garantir quaisquer atendimentos com base neste Contrato. No caso de beneficiários menores, que não possuam um documento de identidade com foto, será obrigatória a apresentação da certidão de nascimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DA REDE CREDENCIADA

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

56. Além da distribuição do Orientador Médico-Hospitalar os beneficiários terão acesso às informações da **REDE CREDENCIADA**, por meios de divulgação eletrônica, no site do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, www.saocristovao.com.br.

57. A internação hospitalar será realizada preferencialmente no **HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO**, pertencente à rede própria da Operadora, devidamente especificado no orientador médico fornecido aos beneficiários, sendo facultado ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, à seu critério, a substituição, exclusão e inclusão de outros hospitais como preferenciais.

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

58.1 - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o "caput" deste artigo ocorrer por decisão do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, durante período de internação do beneficiário, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** manterá a internação até a alta hospitalar.

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

DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

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

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

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

DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE

62. A contraprestação pecuniária devida ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** será efetuada através do pagamento de **MENSALIDADE**, na forma de pré-pagamento.

63. O pagamento da mensalidade será efetuado através de boleto bancário cuja data de vencimento é aquela especificada na Proposta de Adesão.

64. O não pagamento da **MENSALIDADE** e/ou da **CO-PARTICIPAÇÃO** nos seus respectivos vencimentos, acarretará a imposição cumulativa de:

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

64.2 - Multa de 2% sobre o valor do débito em atraso; e

64.3 - Juros de 1% ao mês (0,033 ao dia).

DOS REAJUSTES

65. Os valores da **MENSALIDADE** e da **COPARTICIPAÇÃO** serão reajustados anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, observando o índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou qualquer outro que vier a substituí-lo.

66. Haverá variação no valor das mensalidades, em decorrência da mudança de faixa etária dos beneficiários, independente do reajuste anual aplicado, de acordo com a tabela e respectivos percentuais abaixo especificados:

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAIS DE REAJUSTE						
	SÃO CRISTÓVÃO 10 E	SÃO CRISTÓVÃO 20 E	SÃO CRISTÓVÃO 20 A	SÃO CRISTÓVÃO 20 COPARTICIPATIVO E	SÃO CRISTÓVÃO 20 COPARTICIPATIVO A	SÃO CRISTÓVÃO ABC 10 E	SÃO CRISTÓVÃO ABC 20 A
de 00 a 18	-	-	-	-	-	-	-
de 19 a 23	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
de 24 a 28	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
de 29 a 33	13,11%	18,36%	18,26%	16,88%	17,05%	14,99%	15,01%
de 34 a 38	18,87%	12,93%	12,50%	18,89%	19,41%	15,00%	15,00%
de 39 a 43	15,08%	9,16%	9,14%	15,89%	15,44%	15,00%	15,00%
de 44 a 48	42,18%	43,91%	44,61%	32,26%	32,00%	40,71%	40,70%
de 49 a 53	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
de 54 a 58	17,29%	9,11%	8,79%	30,82%	30,47%	44,83%	44,84%
de 59 ou +	68,66%	73,69%	73,70%	46,61%	47,21%	33,07%	33,07%

66.1 - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

66.2 - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

66.3 - O reajuste por faixa etária será aplicado no mês subsequente ao de seu aniversário, quando o beneficiário completar a idade limite.

DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

67. São condições para perda da qualidade de beneficiário:

67.1 - solicitação do beneficiário titular;

67.2 - quando completar a idade limite para sua elegibilidade como dependente;

67.3 - quando ocorrer a cessação da dependência econômica do beneficiário titular;

67.4 - morte;

67.5 - fraude;

67.6 - atraso no pagamento de mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que tenha sido comunicado até o 50º (qüinquagésimo) dia de atraso.

68. A extinção do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, exceto nos casos de rescisão unilateral por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstos no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

69. Havendo interesse na exclusão de um ou mais beneficiários, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** deverá comunicar por escrito o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, ocasião em que deverá (ão) ser devolvido(s) o(s) respectivo(s) Cartão(ões) de Identificação do(s) Beneficiário(s).

DO FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO

70. Ocorrendo o falecimento de qualquer beneficiário, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** deverá ser comunicado por escrito, ocasião em que deverá ser devolvido o Cartão de Identificação do Beneficiário.

71. No caso de óbito do **BENEFICIÁRIO TITULAR** o mesmo deverá ser substituído no prazo máximo de 30 (trinta) dias. Se dentre os beneficiários não haver um substituto que possa assumir a responsabilidade pelo pagamento das **MENSALIDADES**, o **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** poderá, a seu exclusivo critério, aceitar um terceiro.

71.1 - Não ocorrendo a substituição do **BENEFICIÁRIO TITULAR** falecido, no prazo mencionado, ocorrerá a alteração automática do Plano Familiar para Planos Individuais, quantos forem os beneficiários.

DA SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E DA RESCISÃO CONTRATUAL

72. A suspensão do atendimento ou a rescisão unilateral por parte do **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** somente poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

72.1 - por fraude comprovada;

72.2 - por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

73. Caso o beneficiário opte por rescindir o presente contrato antes de completada a vigência mínima de um ano, será devido o pagamento de multa contratual por valor equivalente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar o período mínimo de vigência.

DA TRANSFERÊNCIA DO PLANO

74. O BENEFICIÁRIO TITULAR poderá solicitar a transferência do seu plano, desde que sejam observados concomitantemente os seguintes critérios:

74.1 - Estar em dia com o pagamento das **MENSALIDADES** e **CO-PARTICIPAÇÃO**;

74.2 - Ter cumprido os prazos de **CARÊNCIA** estabelecidos no presente instrumento; e

74.3 - Cumprir prazo de **CARÊNCIA** de **180 (cento e oitenta) dias** para internações em padrão de acomodação "Individual", se o beneficiário tiver contratado inicialmente o padrão de acomodação "Enfermaria".

75. A transferência de plano somente poderá ser solicitada após 12 (doze) meses do início da vigência do presente contrato, sendo certo que entre uma transferência e outra deverá ser observado o prazo mínimo de 12 (doze) meses.

76. Nos casos em que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** optar pela transferência do plano, todos os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** serão automaticamente transferidos para o novo plano contratado.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

77. Será devido o pagamento da Taxa de Adesão, no valor pré-estabelecido pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** quando da contratação, destinando-se às despesas de cadastramento e emissão dos Cartões de Identificação do Beneficiário. A Taxa será cobrada na emissão da 2ª via da documentação, nos extravios ou alteração contratual.

78. O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** se reserva no direito de solicitar, a qualquer momento e através do seu Coordenador Médico, informações sobre o estado de saúde do beneficiário, quer diretamente ou na rede de saúde, pública e privada, sem que isso constitua quebra do sigilo profissional, inclusive quanto aos prontuários médicos.

79. Qualquer concessão que vier a ser praticada pelo **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, no tocante à prestação de serviços de assistência médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, objeto do presente contrato, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo beneficiário.

80. A não utilização dos serviços de assistência médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, objeto do presente contrato, não exonera o **BENEFICIÁRIO TITULAR** do pagamento da **MENSALIDADE**.

81. Qualquer solicitação de inclusão, alteração ou exclusão de beneficiários deverá ser encaminhada por escrito ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, obedecendo as regras previstas neste contrato.

82. Ocorrendo perda, extravio ou danificação do Cartão de Identificação do Beneficiário, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** deverá comunicar o fato ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas para o devido bloqueio, sob pena de responder pelas despesas decorrentes da utilização indevida.

83. Encerrando o vínculo originado deste contrato, qualquer que sejam os motivos, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** fica obrigado a devolver ao **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** todos os cartões de identificação utilizados durante a vigência do contrato, sob pena de responder por eventuais despesas resultantes do seu uso indevido, pelos beneficiários ou por terceiros.

84. Quando ocorrerem mudanças nas condições pactuadas neste contrato, as mesmas deverão ser feitas por escrito, sendo necessária a anuência das partes, salvo aquelas mudanças relacionadas diretamente aos critérios estruturais das garantias de coberturas oferecidas, que são de competência exclusiva da **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).**

85. O **SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE** não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos que não sejam aqueles que estejam previstos neste contrato, ou previamente aprovados por escrito.

86. Integram o presente contrato quaisquer documentos entregues aos beneficiários que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, dentre eles: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Guia do Beneficiário, Guia de Leitura Contratual – GLC e Manual de Orientação ao Beneficiário para contratação de Planos de Saúde – MPS.

87. Este contrato está devidamente registrado no 4º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital – São Paulo/SP, sob o número 5.141.793.

DO FORO DE ELEIÇÃO

88. Fica eleito o foro do domicílio do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões, oriundas do presente contrato.