ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Operadora: ASSISTÊNCIA MÉDICA SÃO MIGUEL LTDA
CNPJ: 66.854.779/0001-10
Registro ANS: 32523-6
Nome do Produto: ANS nº 501.131/24-1 – Todo Poderoso
Site: http://www.saomiguelsaude.com.br
Telefone: (11) 2182-2400

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Empresarial.	1 e 2
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	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.	1 e 2
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares, pode ser coletiva ou individual.	1 e 13
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA ESTADUAL	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.	1 e 2
COBERTURA DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS	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.	3
PROCEDIMENTOS COBERTURA	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	10
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	12

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	11
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	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.	16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	11
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	24
REAJUSTE	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.	22

Para informar-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 ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO/REGULAMENTO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

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
ouvidoria@ans.gov.br

5º R.T.D.P.J. CAPITAL

ANS - nº 32523-6

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

A. DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

ASSISTÊNCIA MÉDICA SÃO MIGUEL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Álvaro Correa Borges, nº 43 – Ed. Gilberto Maida Mellace – Vila Doutor Eiras - São Paulo – SP – 08010-200, inscrita no CNPJ/MF sob nº 66.854.779/0001-10, com registro na ANS sob nº 32523-6, classificada na modalidade de Medicina de Grupo, doravante denominada somente **SÃO MIGUEL SAÚDE**.

B. DA QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

Os dados cadastrais do beneficiário titular, bem como do(s) beneficiário(s) dependente(s) (se houver), encontra(m)-se preenchido(s) na Proposta de Adesão anexa ao presente contrato.

C. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Produto ANS nº 501.131/24-1 – Plano Todo Poderoso

D. TIPO DE CONTRATAÇÃO

INDIVIDUAL ou FAMILIAR

E. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

F. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A prestação dos serviços médico-hospitalares descritos neste Contrato se dará exclusivamente na área geográfica de abrangência e atuação da **SÃO MIGUEL SAÚDE**, denominada pelo seguinte Grupo de Municípios, localizados no Estado de São Paulo: **Guarulhos** e **São Paulo**.

G. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

REGIÃO 4

H. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

COLETIVA (ENFERMARIA)

I. FORMAÇÃO DO PREÇO

PRÉ-PAGAMENTO NA FORMA DE MENSALIDADE

J. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

ESTE TEMA NÃO SE APLICA AO PRESENTE CONTRATO.

K. FATOR MODERADOR

COPARTICIPAÇÃO

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1° da Lei 9.656/98, 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.

1.2 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.

1.3 O acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na Lei n° 9.656/98, será garantido no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto, qual seja os municípios de **Guarulhos** e **São Paulo**, localizados no Estado de São Paulo.

1.4 A segmentação assistencial do presente contrato é **Ambulatorial, Hospitalar Com Obstetrícia**, e o padrão de acomodação é **Coletivo (Enfermaria)**.

2. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 O presente plano privado de assistência à saúde é do tipo **INDIVIDUAL** ou **FAMILIAR**, pois é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

2.2 São considerados como **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato o **Beneficiário Titular**, e seus dependentes, indicados na Proposta de Adesão anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao **Beneficiário Titular**.

2.2.1 OBRIGATORIAMENTE, e nos termos do artigo 20 da Lei n° 9.656/98 e do artigo 16 da Resolução Normativa n° 295/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no momento da contratação, o(a) Beneficiário(a) Titular, independentemente da idade, deverá informar o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF).

2.2.1.1 Por ser **requisito essencial** para a contratação, sob nenhuma hipótese será permitida a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF/MF) de outra pessoa (ex. pai, mãe, avô, avó, entre outros). A falta do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF/MF), ou recusa do(a)

Beneficiário(a) Titular em fornecer o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF), acarretará o imediato cancelamento deste contrato.

2.3 São considerados(as) **Beneficiários(as) Dependentes**:
a) O cônjuge;
b) Os filhos menores de 18 (dezoito) anos ou de 24 (vinte e quatro) anos, se estudantes universitários(as);
c) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
d) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

2.3.1 Poderão ser incluídos(as) **Beneficiários(as) Dependentes**, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo **CONTRATANTE**.

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

2.3.3 OBRIGATORIAMENTE, os **Beneficiários Dependentes**, maiores de 18 (dezoito) anos, nos termos do artigo 20 da Lei nº 9.656/98, no momento da contratação, deverão informar o número de seu Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF).

2.3.3.1 Por ser **requisito essencial** para a contratação, sob nenhuma hipótese será permitida a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF/MF) de outra pessoa (ex. pai, mãe, avô, avó, entre outros). A falta do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF/MF), ou recusa do(a) **Beneficiário(a) Dependente**, maior de 18 (dezoito) anos, em fornecer o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF), acarretará o imediato cancelamento deste contrato.

2.4 Ao recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, será garantida a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo e impreterível de **30 (trinta)** dias do nascimento.

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

2.6 Todo(a) **Beneficiário(a) Dependente** vinculado ao presente contrato, para a manutenção de seu vínculo, após completar 18 (dezoito) anos e até os 24 (vinte e quatro) anos incompletos, deverá, **OBRIGATORIAMENTE**, comprovar, semestralmente, ser estudante universitário(a).

2.6.1 A perda da condição, pelo(a) **Beneficiário(a) Dependente**, de estudante universitário(a), ou a falta da comprovação semestral da sua condição de estudante universitário(a), acarretará na sua exclusão do plano e a perda imediata dos direitos às coberturas do plano de assistência à saúde contratado.

2.7 A CONTRATANTE deverá sempre manter o cadastro atualizado de si e de seus dependentes (telefone, e-mail e endereço) na plataforma da CONTRATADA.

2.7.1 Em caso de alteração dos meios de contato sem a devida atualização na plataforma, todas as comunicações enviadas para os contatos que a CONTRATANTE forneceu serão consideradas válidas.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** compromete-se a garantir ao(s) beneficiário(s) assistência à saúde continuada, através de serviços próprios ou por rede credenciada, o acesso aos serviços e procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, alcançando as seguintes coberturas:

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

3.1.2 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;

3.1.3 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;

3.1.4 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10° Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;

3.1.5 O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento;

3.1.6 Todas as autorizações para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obedecerão aos prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na Resolução Normativa n° 566/22 ou legislação superveniente.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA SÃO MIGUEL SAÚDE

3.2 Ao **BENEFICIÁRIO** serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, 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 e observadas as Diretrizes de utilização definidas pelo Órgão Regulador;

c) Cobertura de 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 caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;
d) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

e) 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;

f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- ✓ atividades educacionais;
- ✓ consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- ✓ atendimento clínico;
- ✓ sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- ✓ implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

g) Procedimentos Considerados Especiais:
- ✓ Hemodiálise Crônica e Diálise Peritonial - CAPD;
- ✓ Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- ✓ Radioterapia;
- ✓ Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
- ✓ Hemoterapia Ambulatorial;
- ✓ Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA SÃO MIGUEL SAÚDE:

3.3 Ao **BENEFICIÁRIO** serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

a) Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou 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;

b) Internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, exceto em caráter particular;

d) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;

e) Acompanhantes - cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente e as condições do estabelecimento, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

g) 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;

h) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:

- ✓ hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- ✓ quimioterapia oncológica ambulatorial;
- ✓ procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- ✓ hemoterapia;
- ✓ nutrição parenteral ou enteral;
- ✓ procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- ✓ embolizações e radiologia intervencionista;
- ✓ Radiologia intervencionista;
- ✓ exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- ✓ Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

i) **Procedimentos buco-maxilofaciais** listados no rol de procedimentos, que necessitarem de internação 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;

j) **Cobertura da estrutura hospitalar** necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imprescindível 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; não estão cobertos entretanto, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais.

k) **Cirurgia plástica reconstrutiva de mama**, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.

5º R.T.D.P.J. CAPITAL

l) **Cirurgia plástica reparadora** quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

TRANSPLANTES

3.4 Ao **BENEFICIÁRIO** serão asseguradas as coberturas dos Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados incluindo, quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com as captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que o Beneficiário, candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve, obrigatoriamente, providenciar a sua inscrição em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA SÃO MIGUEL SAÚDE

3.5 Ao **BENEFICIÁRIO** serão asseguradas as coberturas ao Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo o custeio integral da internação, observados os critérios de coparticipação previstos neste contrato.

3.5.1 A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

3.5.2 A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:
a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuos ou não, por ano de contrato, **com co-participação do Beneficiário de 50%** (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO

3.6 Ao **BENEFICIÁRIO** será assegurado o atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato; e assistência ao(a) recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do(a) beneficiário(a) titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

3.6.1 Para fins de cobertura do **parto normal**, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498/86.

que rege o exercício profissional do Enfermeiro regulamentado pelo Decreto nº 94.406/87 e conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento.

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

3.7 Colocação de Banda Gástrica para Cirurgia de Obesidade Mórbida e Gastroplastia para Obesidade Mórbida (Cirurgia Bariátrica) - Serão cobertas as despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução nº 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina e as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

3.8 Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia) - Serão cobertas as despesas decorrentes de cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica) e cirurgia de esterilização masculina (vasectomia), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Lei nº 9.263/1996 e ao disposto nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

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

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98 consideram-se **EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS** pelo **PLANO**, os seguintes serviços e procedimentos:
a. Tratamento ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
b. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
c. Tratamento de inseminação artificial;
d. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
e. Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
f. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
g. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
h. Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
i. Procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
j. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

k. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
l. Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela OPERADORA, exceto nos casos de urgência e emergência;
m. Atendimento a domicílio dos USUÁRIOS;
n. Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;
o. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos;
p. Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
q. Cirurgia para mudança de sexo;
r. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
s. aplicação de vacinas;
t. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

5. VIGÊNCIA DO CONTRATO

5.1 Este contrato terá vigência inicial de **12 (doze) meses**, sendo seu início a partir do pagamento da primeira mensalidade.

5.2 Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

6. PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

Grupo	Descrição	Inclui	Carência
A	**Urgência e Emergência**	Situações de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA, com exceção ao disposto na cláusula 8ª do presente contrato	24 horas
B	**Consultas**	Consultas eletivas; Exames Laboratoriais Simples (Ácido úrico, Amilase, Bacterioscopia, Colesterol Total e Frações, Coprocultura, Creatina, Espermograma Simples, Fosfatase Alcalina, Glicemia, Hemograma Completo, K (Potássio), Na (Sódio), Papanicolau, Parasitológico de Fezes, Pesquisa de Baar, Tempo de Coagulação, Tempo de Sangramento, Teste de Gravidez na Urina, Transaminase, Tipagem Sanguínea, Urina Tipo I, Urocultura e Antibiograma, Ureia, Creatina); Acuidade Visual; Eletrocardiograma; Fundoscopia; Radiologia Simples (Tórax Crânio e Face, Coluna Cervical, Dorsal e Lombo Sacra, Punho, Cotovelo e Mão, Coxa, Quadril e Perna, Tórax e Abdômen)	180 dias
		Testes Alérgicos, Eletroencefalograma, Fisioterapia, Rast, Mamografia, Colposcopia, Vulvoscopia, Peniscopia,	

C	**Exames Simples**	Audiometria, Impedanciometria, Laringoscopia, Demais Exames Laboratoriais Simples, Nasofibrolaringoscopia, Ultrassonografia Simples, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos (Curva Tensional, Motilidade Ocular, Mapeamento de Retina, Tonometria)	180 dias
D	**Procedimentos Ambulatoriais**	Procedimentos realizados ambulatorialmente, tais como Oftalmológicos, Dermatológicos, Ginecológicos e Otorrinolarigológicos.	180 dias
E	**Exames Especializados e Terapias**	Demais exames/terapias por método/procedimentos não descritos nas alíneas anteriores, exceto os exames de alta complexidade descritos no item "F".	180 dias
F	**Internações e Exames de Alta Complexidade**	Internações clínicas, cirúrgicas e cirurgias eletivas de qualquer espécie, inclusive transplantes de rins e córnea, e aqueles descritos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS; Exames/Procedimentos de Alta Complexidade, tais como: Angioressonância, Artroscopias, Arteriografias, Ecodoppler com Stress Farmacológicos, Angiofluorescinografia, Biópsia dirigida por Ultrassom ou Tomografia, Exames Genéticos, Litotripsia, Cintilografia, Diálise e Hemodiálise, Hemodinâmica, Ressonancia Magnética, *Biópsias Aspirativas*, Eletrococleografia, Colangiopancreotografia, Tomografia Computadorizada, Radioterapia, Quimioterapia, Medicina Nuclear, Demais Exames Radiológicos Especializados e Contrastados.	180 dias
G	**Parto**	Parto a Termo	300 dias

6.2 As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir do primeiro pagamento do contrato.

7. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 O beneficiário deverá informar à **SÃO MIGUEL SAÚDE**, 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 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 9.656/1998.

7.2 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 nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 588/2022.

7.2.1 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.

7.2.2 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

7.3 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 conseqüências da omissão de informações.

7.4 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.4.1 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE** oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

a) 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.

b) 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.

7.4.2 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

7.4.3 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

7.4.4 É vedada à **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

7.4.5 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n° 9.656/1998.

7.4.6 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.

7.7 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

7.7.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à **SÃO MIGUEL SAÚDE** caberá o ônus da prova.

7.7.2 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

7.7.3 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

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

7.7.5 Após julgamento, e acolhida à alegação da **SÃO MIGUEL SAÚDE**, 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE**, bem como será excluído do contrato.

7.7.6 Fica ressalvado ainda, que a SÃO MIGUEL SAÚDE poderá tomar todas as medidas judiciais que entender serem cabíveis em face do beneficiário (titular e/ou dependente).

7.7.7 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.

7.7.8 O beneficiário será responsável pelo ressarcimento à CONTRATADA das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente reconhecidamente omitida, além de ser excluído do contrato.

8. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 É obrigatória por parte da **SÃO MIGUEL SAÚDE** a cobertura do atendimento nos casos de:
I - **Urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

5° R.T.D.P.J. CAPITAL

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.

8.2 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3 A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:
I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.4 Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

8.5 A remoção do paciente será garantida pela **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

Da Remoção para o SUS:

8.6 À **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

8.6.1 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE** desse ônus.

8.6.2 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

8.6.3 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, 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 **SÃO MIGUEL SAÚDE** desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.6.4 Se o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

8.7 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.7.1 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **SÃO MIGUEL SAÚDE** os seguintes documentos:

a) **consultas médicas em geral**: comprovante de pagamento contendo o nome do médico assistente, nº do CNPJ ou CPF do médico assistente, nº de inscrição do médico assistente no CRM, especialidade do médico assistente, nome completo do paciente (beneficiário titular ou dependente), valor pago (numérico e por extenso), data do atendimento, carimbo e assinatura.

b) **exames complementares de diagnóstico**: solicitação médica com justificativa clínica e comprovante de pagamento contendo o nome do médico assistente solicitante, nº do CNPJ ou CPF do médico assistente solicitante, nº de inscrição do médico assistente solicitante no CRM, data da realização dos exames, código e descrição do procedimento realizado, valor pago (numérico e por extenso);

c) **Terapias**: solicitação médica com justificativa clínica e comprovante de pagamento contendo: o nome do médico assistente, nº do CPF do médico assistente, nº de inscrição do médico assistente no CRM, especialidade do médico assistente, nome completo do paciente (beneficiário titular ou dependente), quantidade de sessões, datas que serão realizadas as sessões, valor pago (numérico e por extenso), carimbo e assinatura do prestador do serviço;

d) **Cirurgião, Auxiliar, Anestesista e Pediatra**: solicitação médica com justificativa clínica, relatório médico detalhado (emitido pelo cirurgião principal), código e descrição do procedimento realizado; descrição da equipe cirúrgica com grau de participação e comprovante de pagamento contendo o nome do médico assistente solicitante, nº do CNPJ ou CPF do médico assistente solicitante, nº de inscrição do médico assistente solicitante no CRM, nome completo do paciente, data do atendimento, valor pago (numérico e por extenso), carimbo e assinatura;

e) **Internação**: Solicitação médica com justificativa clínica; relatório médico detalhado; nome e número de inscrição do prestador de serviço no CNPJ, nome completo do paciente, período de internação (data de entrada e saída), discriminação de todas as despesas hospitalares, serviços complementares e respectivo valores, valor pago (numérico e por extenso).

8.7.2 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **SÃO MIGUEL SAÚDE**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

DA COPARTICIPAÇÃO

9.1 O **BENEFICIÁRIO** participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no quadro abaixo (no Resumo de Contratação/Proposta), no pagamento dos procedimentos pela chamada "coparticipação", que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à operadora, quando da realização do procedimento.

9.1.1 Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

9.1.2 Apenas será efetuada a cobrança de coparticipação ou franquia dos planos optados pelo **BENEFICIÁRIO** e indicados na Proposta/Resumo de Contratação que possuam tal característica.

9.1.3 O valor estipulado como limite para a cobrança de coparticipação, estipulado na Proposta, será reajustado anualmente, na data base do contrato, tendo como indexador de atualização o índice de valores praticados por cada prestador da rede credenciada, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

9.1.4 A coparticipação para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, não caracterizando o financiamento integral da internação.

9.1.5 Fica estabelecido o quadro de coparticipação abaixo, para o **Produto ANS nº 501.131/24-1:**

Eventos	**Coparticipação (em R$ ou %)**
Consultas Eletivas	50%
Consultas em Pronto Atendimento/Pronto Socorro	50%
Exames Simples	50%
Exames Complexos	50%
Terapias (por sessão)	50%
Terapias por Método (por sessão)	50%
Tratamento Psicoterápico de crise	50%
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	50%
Internações Psiquiátricas	50%
Parto a termo	0%
Internação	0%

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

9.2 Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação **físico ou virtual** do beneficiário fornecida e expedida pela **SÃO**

MIGUEL SAÚDE para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

9.3 O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **SÃO MIGUEL SAÚDE**, arcando com as despesas da confecção de outra via.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

9.4 Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** através de **GUIA ou obtenção de TOKEN**, exceto os casos caracterizados como urgência e emergência.

9.4.1 O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da **SÃO MIGUEL SAÚDE** que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo estipulado pela ANS, a contar da data da solicitação à **SÃO MIGUEL SAÚDE.**

9.4.2 Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela **SÃO MIGUEL SAÚDE**, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

9.4.3 Para coberturas assistenciais, o beneficiário deverá apresentar à CONTRATADA, pedido subscrito por profissional habilitado e **com validade de até 180 (cento e oitenta) dias.**

9.4.4 Caso o beneficiário opte por realizar qualquer procedimento eletivo com médico não credenciado, não haverá cobertura dos honorários médicos nem possibilidade de reembolso dos mesmos, não havendo também reembolso das despesas hospitalares, inclusive materiais cirúrgicos, nas internações fora da rede credenciada da operadora.

9.4.5 Para utilização dos serviços médicos, bem como qualquer e todo procedimento eletivo, se faz necessário a utilização da ferramenta **TOKEN**, que a cada evento (consulta/terapia/exame), é encaminhado ao beneficiário no ato do procedimento um código pessoal e intransferível, validando e liberando o procedimento, bem como a conduta da Rede Credenciada.

9.4.6 A validação por meio do **TOKEN**, se utilizada de forma errônea e/ou ilegítima, pelo beneficiário e/ou pela Rede Credenciada, poderá ensejar na exclusão do beneficiário do plano de saúde, além de a operadora tomar as medidas administrativas e judiciais cabíveis em face dos envolvidos.

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

9.5 Para que sejam autorizados quaisquer procedimentos que venha a ser solicitado pelos beneficiários, a **SÃO MIGUEL SAÚDE**, além da legislação vigente, observará:

a) O **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

b) As **Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar**, (Anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde);
c) As **Diretrizes Clínicas Para Cobertura de Procedimentos na Saúde** (Anexo III do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde);
d) **Protocolo de Utilização – PROUT** (Anexo IV do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde)

9.5.1 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** na análise dos procedimentos que vierem a ser solicitados sempre observará a versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus anexos que estiver vigente à época da solicitação.

DA JUNTA MÉDICA

9.6 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse 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 nomeados.

9.6.1 Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da **SÃO MIGUEL SAÚDE**, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

9.7 Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela **SÃO MIGUEL SAÚDE**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

9.7.1 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da **SÃO MIGUEL SAÚDE** terá suas atualizações disponíveis na sede da SÃO MIGUEL SAÚDE, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet (www.saomiguelsaude.com.br).

9.7.2 A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **SÃO MIGUEL SAÚDE** arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **SÃO MIGUEL SAÚDE** durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **SÃO MIGUEL SAÚDE** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

9.8 Pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** vinculado a **CONTRATANTE**, proponente de Plano Privado de Assistência à Saúde, regularmente inscrito nos quadros da **SÃO MIGUEL SAÚDE,** incluso no Plano têm direito, em caso de internação hospitalar, ao padrão de acomodação **COLETIVA (ENFERMARIA).**

9.8.1 Na acomodação **COLETIVA (ENFERMARIA)**, a cobertura de atendimentos ambulatoriais, hospitalares, cirúrgicos, de acordo com as condições gerais e especiais estabelecidas neste contrato, é com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) na rede referencial/credenciada diferenciada e direcionada, conforme discriminada em **MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO.**

9.8.2 Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **SÃO MIGUEL SAÚDE** fica garantido ao **BENEFICIÁRIO** vinculado a **CONTRATANTE** o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, nos termos do art. 33 da Lei nº 9.656/98.

9.8.3 Se o **BENEFICIÁRIO** vinculado a **CONTRATANTE** optar por acomodação diferente da prevista no ato de sua adesão, este ficará responsável, perante o hospital, pelo pagamento da diferença correspondente, assim como pela complementação dos honorários diretamente aos médicos e atendentes.

9.8.4 O tipo de acomodação hospitalar optado pela **CONTRATANTE** para o **BENEFICIÁRIO** constará, obrigatoriamente da Solicitação de Adesão e do Cartão de Identificação do Beneficiário.

9.8.5 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** cientificará a **CONTRATANTE** das categorias disponíveis na ocasião da assinatura do presente instrumento, podendo, a qualquer tempo, deixar de comercializar qualquer categoria especificada.

DO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

9.9 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** mantém, dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de prevenção e orientação médica para promover a Qualidade de Vida de seus **BENEFICIÁRIOS**, implementando ações coordenadas em todos os campos que sustentam a saúde desses **BENEFICIÁRIOS**. Para tanto, são realizadas ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, dirigidas às populações de risco. São identificados três segmentos de promoção:

1° - **PRIMÁRIO**: Reduz a susceptibilidade das pessoas as doenças, são facultados a todo(s) o(s) **BENEFICIÁRIO(s)** e ocorre mensalmente através de Palestras e Orientações de Saúde sob temas diversos;

2° - **SECUNDÁRIO**: Diagnóstico precoce e tratamento das doenças, antes que se produzam danos irreversíveis, realizado através de campanhas de acesso a todo(s) o(s) **BENEFICIÁRIO(s)** para diagnóstico precoce e tratamento das doenças;

3° - **TERCIÁRIO**: É a administração das doenças estabelecidas, de modo a minimizar suas consequências reabilitando ou recuperando as funções normais, consistindo no acompanhamento multidisciplinar do(s) **BENEFICIÁRIO(s)** que necessitam de avaliação constante. As ações preventivas da **SÃO MIGUEL SAÚDE** são comunicadas ao(s) **BENEFICIÁRIO(s)** periodicamente.

DO GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

9.10 As ações de saúde dos **BENEFICIÁRIOS** serão gerenciadas através de mecanismos de controle em todas as fases de utilização do serviço de assistência à saúde, previstos neste contrato.

9.10.1 O gerenciamento será efetuado através de Protocolos Médicos, Guias de Autorizações, Auditoria Médica, Programa de Medicina Preventiva, Administração de Casos e Direcionamento de acesso dentro da rede para os locais de atendimento preferencial da **SÃO MIGUEL SAÚDE**.

9.10.2 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** irá direcionar para a Rede Preferencial, a critério da Coordenadoria Médica, observada a Resolução n°. 8 do CONSU e os normativos vigentes, os procedimentos de: Transplantes (rim, córnea e autólogos); Quimioterapia e Radioterapia; Doenças do Aparelho Cardio-circulatório; Insuficiência Renal; Hemodiálise; Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações; Tratamentos, exames ou cirurgias oncológicas; Doenças psiquiátricas e tratamentos de dependência química; Litotripsia; Cirurgias eletivas, em geral; Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica; Cirurgias Ortopédicas; Cirurgias Neurológicas; Cirurgias Vasculares; Cirurgias Ortopédicas; Cirurgias Cardíacas Congênitas; Cirurgia Bariátrica; Cirurgias Oftalmológicas e Otorrinolaringológicas; Internações Clínicas e em UTI; Internações.

9.10.3 O direcionamento efetuado pela **SÃO MIGUEL SAÚDE** irá priorizar o melhor atendimento ao beneficiário/paciente.

10. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

10.2 A mensalidade que o(a) **Beneficiário(a) Titular** pagará à **SÃO MIGUEL SAÚDE** será devida por si e pelos demais Beneficiários Dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

10.3 O instrumento de cobrança para pagamento será gerado em nome do **BENEFICIÁRIO Titular**, e poderá ser obtido presencialmente na sede da **SÃO MIGUEL SAÚDE**, pelo site (**www.saomiguelsaude.com.br**) e através do aplicativo **São Miguel Saúde**, disponível nas lojas de aplicativos.

10.3.1 Caso não consiga obter o instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **SÃO MIGUEL SAÚDE** imediatamente.

10.3.2 Caso o **BENEFICIÁRIO** tenha se cadastrado no DDA – Débito Direto Autorizado junto ao seu banco, este também poderá efetuar o pagamento do instrumento de cobrança.

10.3.3 A não obtenção do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.4 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.

10.4.1 O recebimento pela **SÃO MIGUEL SAÚDE** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

10.5 O(A) **BENEFICIÁRIO(A) TITULAR**, em caso de necessidade, poderá solicitar, a cada 6 (seis) meses, a mudança da data de vencimento de sua contraprestação pecuniária. Para tanto, deverá entrar em contato com a **SÃO MIGUEL SAÚDE**, e de forma expressa solicitar a mudança na data de vencimento.

10.5.1 Por forma expressa entende-se: comparecer à sede da **SÃO MIGUEL SAÚDE** e apresentar por escrito sua solicitação ou através do e-mail.

10.5.2 O(A) **BENEFICIÁRIO(A) TITULAR** fica avisado que na data de solicitação da alteração do vencimento, a próxima contraprestação pecuniária pode já ter sido emitida e sendo assim, não refletir este início de cobrança. Neste caso, a **SÃO MIGUEL SAÚDE,** na fatura do mês seguinte a alteração, procederá a cobrança pro rata die.

11. ATRASO NO PAGAMENTO

11.1 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.

11.2 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11.3 Fica ressaltado que as contraprestações pecuniárias cujos pagamentos não forem efetuados poderão ser encaminhadas para protesto.

12. REAJUSTE

12.1 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.

12.1.1 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.

12.1.2 Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

12.2 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%** (Sm), 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.

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

$$R = S/Sm - 1$$

Onde:
S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

13. FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Em havendo alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3°, incisos I e II da RN 563/2022:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Faixa Etária	**Percentual de reajuste**
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos – Quando completados 19 anos	17,00%
24 a 28 anos – Quando completados 24 anos	14,00%
29 a 33 anos – Quando completados 29 anos	9,00%
34 a 38 anos – Quando completados 34 anos	12,00%
39 a 43 anos – Quando completados 39 anos	18,27%
44 a 48 anos – Quando completados 44 anos	30,00%
49 a 53 anos – Quando completados 49 anos	25,00%
54 a 58 anos – Quando completados 54 anos	33,00%
59 anos ou mais – Quando completados 59 anos	35,00%

14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 O beneficiário titular será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:
a) óbito;
b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

c) a pedido do(a) beneficiário(a) titular.

14.2 O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
c) óbito;
d) a pedido do(a) beneficiário(a) titular.

14.3 Fica ajustado que a extinção do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos beneficiários dependentes **já inscritos** o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

14.3.1 O disposto no item 14.3 não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

15. RESCISÃO/EXTINÇÃO

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

15.1.1 O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, que será realizada via carta registrada, mensagem eletrônica ou plataforma digital, conforme legislação vigente.

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

15.3 O **CONTRATANTE** terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer nos primeiros **12 (doze)** meses de vigência do contrato, o **CONTRATANTE** pagará multa equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor das mensalidades restantes para se completar os 12 (doze) meses.

15.3.1 O cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar poderá ser solicitado pelo(a) **Beneficiário(a) Titular** das seguintes formas:
I – Presencialmente, na sede da **SÃO MIGUEL SAÚDE**;
II – Por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela **SÃO MIGUEL SAÚDE**; ou
III – por meio da página da **SÃO MIGUEL SAÚDE** na internet.

15.3.2 – Fica o(a) **Beneficiário(a) Titular,** bem como seus dependentes, se houverem, devidamente informados que no caso de solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar:

I – Eventual ingresso em novo plano de saúde importará:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 438/2022 da ANS, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da **SÃO MIGUEL SAÚDE**;

III – As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do(a) **Beneficiário(a) Titular**;

IV - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por conta do(a) **Beneficiário(a) Titular**;

V – A exclusão do(a) **Beneficiário(a) Titular** do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, 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) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16.2 O (A) **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **SÃO MIGUEL SAÚDE**.

16.3 O (A) **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a **SÃO MIGUEL SAÚDE** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

16.4 Qualquer tolerância por parte da **SÃO MIGUEL SAÚDE** não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.5 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

16.6 A **SÃO MIGUEL SAÚDE** 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.

16.6.1 Ocorrendo a perda ou extravio do **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, o(a) **CONTRATANTE** deverá comunicar, por escrito, o fato à **SÃO MIGUEL SAÚDE**, 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$ 15,00 (quinze reais),** sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela **SÃO MIGUEL SAÚDE**.

16.7 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.

16.8 Considera-se utilização indevida o uso 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.

16.8.1 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.

Reclamações e Sugestões

16.9 As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhado por escrito à **SÃO MIGUEL SAÚDE**, através da página: www.saomiguelsaude.com.br.

Plano Referência

16.10 É certo que o(a) Beneficiário Titular teve prévio conhecimento de que a **SÃO MIGUEL SAÚDE** mantém, em disponibilidade para comercialização, plano com coberturas contratuais que compreendem o tipo de segmentação assistencial Referência, denominado Referência PF, (Registro ANS nº 462.949/10-3), que também lhe foi oferecido, mas optou por contratar outro produto.

17. DEFINIÇÕES

17.1 No presente contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência;

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 consequências.

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.

GUARDA: o termo "guarda" abrange a guarda provisória ou permanente, nos termos dos artigos 33, 34 e 35 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (Súmula 25 da ANS).

MÉDICO: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário. O **médico** pode exercer legalmente a medicina, em todas as suas especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade, conforme artigo 17 da Lei Federal nº 3.268/57.

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.

TOKEN: Dispositivo eletrônico/sistema gerador de senhas utilizado para autenticação e segurança.

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

18. ELEIÇÃO DE FORO

18.1 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.

São Paulo, 13 de janeiro de 2025

Assistência Médica São Miguel Ltda

São Miguel saúde

PROPOSTA DE ADMISSÃO

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

TODO PODEROSO

TODO PODEROSO	ANS: 32.523-6	TIPO DE CONTRATAÇÃO	NUMERO DO CONTRATO
ENFERMARIA | REGISTRO ANS: 501.131/24-1		☐ INDIVIDUAL ☐ FAMILIAR	
FATOR MODERADOR: COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			

Utilize esta legenda para preenchimento dos campos indicados

Estado Civil:	S Solteiro(a)	C Casado(a)	V Viuvo(a)	O Outros	Sexo	F Feminino	M Masculino	Parentesco	01 Cônjuge	02 Filho(a)	03 Enteado(a)

01 - DADOS DO TITULAR

Nome: | Ocupação:

Nome da Mãe:

RG: | CPF (Obrigatório) | Idade | Data de Nascimento | Sexo | Estado Civil | Mensalidade do Titular R$

Endereço Residencial | Nº | Apto.

Bloco | Complemento | Bairro | Cidade

CEP | Estado | (DDD) Telefone Comercial | Ramal | (DDD) Telefone Residencial | (DDD) Telefone Celular

E-mail | CNS (*)

02 - DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL, CASO O TITULAR SEJA MENOR DE 18 ANOS

Nome:

RG: | CPF (Obrigatório) | Data de Nascimento

03 - DADOS DO USUÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1 -
Nome: | CNS (*)
RG: | CPF (Obrigatório) | Idade | Sexo | Parent. | Est. Civil | Data de Nascimento | Mensalidade do dependente R$
Nome da Mãe | (DDD) Telefone | E-mail

2 -
Nome: | CNS (*)
RG: | CPF (Obrigatório) | Idade | Sexo | Parent. | Est. Civil | Data de Nascimento | Mensalidade do dependente R$
Nome da Mãe | (DDD) Telefone | E-mail

3 -
Nome: | CNS (*)
RG: | CPF (Obrigatório) | Idade | Sexo | Parent. | Est. Civil | Data de Nascimento | Mensalidade do dependente R$
Nome da Mãe | (DDD) Telefone | E-mail

4 -
Nome: | CNS (*)
RG: | CPF (Obrigatório) | Idade | Sexo | Parent. | Est. Civil | Data de Nascimento | Mensalidade do dependente R$
Nome da Mãe | (DDD) Telefone | E-mail

Declaro que no caso de não possuir o Cartão Nacional de Saúde - CNS, a SÃO MIGUEL SAÚDE está autorizada a emití-lo.

TOTAL | Mensalidade Titular + Dependente(s)

Declaro que li atentamente o Contrato que estou assinando e que não tenho nenhuma dúvida quanto ao seu conteúdo, declarando neste ato, ter conhecimento de todos os meus direitos, obrigações, exclusões e restrições ao uso da Assistência médica-hospitalar e valores deste contrato, não podendo assim, alegar falta de conhecimento.

Declaro que tomei conhecimento do Plano Referência e que optei por não contratá-lo.

O início para os prazos de carências, bem como para a utilização dos benefícios, se dará em 24 horas após o pagamento do primeiro boleto, conforme a RN 413/ANS.

Data do Pagamento	01 a 10	11 a 20	21 a 30/31
Vencimento da mensalidade	10	20	28

Não será permitida a alteração da data de vencimento durante a vigência do contrato.

Local e Data

Assinatura do Titular / Contratante
Responsável Legal (caso titular seja menor de 18 anos de idade)

Corretora	Código	Nome Legível do Corretor	Assinatura do Corretor

Valor Total das Mensalidades		Valor Total Pago	

5º R.T.D.P.J. CAPITAL

Proposta Digital com Coparticipação Parcial - Versão 01/2025

São Miguel saúde

ANS: 32.523-6

TODO PODEROSO

DA COPARTICIPAÇÃO PARCIAL:

Todo Poderoso, Produto ANS nº 501.131/24-1.

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

1. O BENEFICIÁRIO participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no quadro abaixo (no Resumo de Contratação/Proposta), no pagamento dos procedimentos pela chamada "coparticipação", que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à operadora, quando da realização do procedimento.

1.1. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

1.2. Apenas será efetuada a cobrança de coparticipação ou franquia dos planos optados pelo **BENEFICIÁRIO** e indicados na Proposta/Resumo de Contratação que possuam tal característica.

1.3. O valor estipulado como limite para a cobrança de coparticipação, estipulado na Proposta, será reajustado anualmente, na data base do contrato, tendo como indexador de atualização o índice e valores praticados por cada prestador da rede credenciada, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

1.4. A coparticipação para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, não caracterizando o financiamento integral da internação.

1.5. Fica estabelecido o quadro de coparticipação abaixo, para o **TODO PODEROSO, Produto ANS nº 501.131/24-1:**

Eventos	Coparticipação (em R$ ou %)
Consultas Eletivas	0%
Consultas em Pronto Atendimento/Pronto Socorro	0%
Exames Simples	0%
Exames Complexos	0%
Terapias (por sessão)	0%
Terapias por Método (por sessão)	40%
Tratamento Psicoterápico de Crise	0%
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	0%
Internações Psiquiátricas	50%
Parto a termo	0%
Internação	0%

Tenho ciência e concordo com o teor acima, conforme o produto com coparticipação por mim escolhido, e autorizo a inclusão dos valores referentes à coparticipação no meu boleto bancário.

local e data

Assinatura do Titular / Contratante
Responsável Legal (caso titular seja menor de 18 anos de idade)

5º R.T.D.P.J. CAPITAL

Proposta Digital com Coparticipação Parcial - Versão 01/2025

São Miguel saúde

ANS: 32.523-6

TODO PODEROSO

TERMO ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS DE CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PLANO TODO PODEROSO - (REGISTRO ANS Nº 501.131/24-1)

A **ASSISTÊNCIA MÉDICA SÃO MIGUEL LTDA**, doravante denominada **SÃO MIGUEL SAÚDE**, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº 66.854.779/0001-10, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 325236, por meio do presente aditivo, compromete-se, enquanto perdurar esta condição, ao(a) **BENEFICIÁRIO(A) TITULAR** do **PLANO TODO PODEROSO** (Registro ANS nº 501.131/24-1) e seu(s) dependente(s), se houver(em), a reduzir as carências previstas no contrato firmado, de acordo com as regras abaixo estabelecidas:

1 - O item 6.1 da Cláusula **6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA** passa a ter a seguinte redação:

6.1 As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

Grupo	Descrição	Inclui	Carência
A	Urgência e Emergência	Situações de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA, com exceção ao disposto na cláusula 8ª do presente contrato	24 horas
B	Consultas	Consultas eletivas; Exames Laboratoriais Simples (Ácido úrico, Amilase, Bacterioscopia, Colesterol Total e Frações, Coprocultura, Creatina, Espermograma Simples, Fosfatase Alcalina, Glicemia, Hemograma Completo, K (Potássio), Na (Sódio), Papanicolau, Parasitológico de Fezes, Pesquisa de Baar, Tempo de Coagulação, Tempo de Sangramento, Teste de Gravidez na Urina, Transaminase, Tipagem Sanguínea, Urina Tipo I, Urocultura e Antibiograma, Ureia, Creatina); Acuidade Visual; Eletrocardiograma; Fundoscopia; Radiologia Simples (Tórax Crânio e Face, Coluna Cervical, Dorsal e Lombo Sacra, Punho, Cotovelo e Mão, Coxa, Quadril e Perna, Tórax e Abdômen).	30 dias
C	Exames Simples	Testes Alérgicos, Eletroencefalograma, Fisioterapia, Rast, Mamografia, Colposcopia, Vulvoscopia, Peniscopia, Audiometria, Impedanciometria, Laringoscopia, Demais Exames Laboratoriais Simples, Nasofibrolaringoscopia, Ultrassonografia Simples, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos (Curva Tensional, Motilidade Ocular, Mapeamento de Retina, Tonometria).	90 dias
D	Procedimentos Ambulatoriais	Procedimentos realizados ambulatorialmente, tais como Oftalmológicos, Dermatológicos, Ginecológicos e Otorrinolaringológicos.	180 dias
E	Exames Especializados e Terapias	Demais exames/terapias por método/procedimentos não descritos nas alíneas anteriores, exceto os exames de alta complexidade descritos no item "F".	180 dias
F	Internações e Exames de Alta Complexidade	Internações clínicas, cirúrgicas e cirurgias eletivas de qualquer espécie, inclusive transplantes de rins e córnea, e aqueles descritos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS; Exames/Procedimentos de Alta Complexidade, tais como: Angioressonância, Artroscopias, Arteriografias, Ecodoppler com Stress Farmacológicos, Angiofluorescinografia, Biópsia dirigida por Ultrassom ou Tomografia, Exames Genéticos, Litotripsia, Cintilografia, Diálise e Hemodiálise, Hemodinâmica, Ressonancia Magnética, Biópsias Aspirativas, Eletrococleografia, Colangiopancreotografia, Tomografia Computadorizada, Radioterapia, Quimioterapia, Medicina Nuclear, Demais Exames Radiológicos Especializados e Contrastados.	180 dias
G	Parto	Parto a Termo.	300 dias

2 - Permanecem válidas todas as cláusulas estabelecidas no contrato principal, desde que não sejam conflitantes com o disposto neste aditivo.

E por estarem justas e acertadas, as partes assinam o presente aditamento, para que surta os efeitos jurídicos visados.

_____, _____ de _____ de 20____.

Beneficiário(a) Titular:

Nome: _____

CPF: _____

_____
Assinatura Contratante

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

Nome: _____

CPF: _____

_____
Assinatura Intermediário

Proposta Digital com Coparticipação - Versão 01/2025

PLANO REFERÊNCIA - Registro na ANS 462.949/10-3

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência acima explicitado, que me foi oferecido pelo São Miguel Saúde, CNPJ 66.854.779/0001-10, com registro na ANS sob nº 32.523-6, de acordo com a Lei 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua disponibilidade pela operadora, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do plano **TODO PODEROSO** registrado na ANS sob **nº 501.131/24-1.**

CONTRATO

Declaro que estou ciente que esta proposta faz parte o contrato, disponível para leitura e download no site da São Miguel Saúde (www.saomiguelsaude.com.br). O qual li e entendi as suas clausulas, aceitando todas as condições.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a 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 beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o 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 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 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 deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. *) EXCLUSIVAMENTE relacionadas 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 de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doenças ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto 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 beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil 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 - Perfil Beneficiário.

A assinatura abaixo confirma que estou ciente do **Plano Referência**, sobre a disponibilização do **Contrato** para leitura e downloads e da **Carta de Orientação ao Beneficiário.**

Beneficiário

_____, _____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Número do Contrato

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, _____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Proposta Digital com Coparticipação - Versão 01/2025

5º R.T.D.P.J. CAPITAL

São Miguel saúde

NUMERO DO CONTRATO

TODO PODEROSO

ANS: 32.523-6

DCS - Declaração de Condições de Saúde

Reconheço minha responsabilidade de informar, neste momento, se eu ou algum dos meus dependentes indicados somos portadores de doenças ou lesões pre-existentes, ciente de que a omissão pode caracterizar fraude. Declaro também que a São Miguel Saúde disponibilizou profissionais médicos para me auxiliar no preenchimento desta declaração.

Declaração de Condições de Saúde dos Beneficiários

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Beneficiários				
		(T)itular	01	02	03	04
01	Se do sexo feminino está grávida?					
02	Está ou esteve internado? Qual hospital? E por qual doença?					
03	Possui alguma lesão ou doença atual que ainda requer tratamento? Descreva-as					
04	Informe o peso e a altura do titular e seus dependentes. O cálculo do IMC será feito, mediante as diretrizes da ANS.					
05	Tem indicação cirúrgica para miopia / hipermetropia?					
06	Sofre(u) de doenças infectocontagiosas (AIDS, hepatite, chagas, tuberculose, meningite ou outras)? Especifique.					
07	Sofre(u) de doenças respiratórias (asma, alergia, bronquite, enfisema, pneumonia, covid-19 ou outras)? Especifique.					
08	Sofre(u) de problemas ortopédicos ou articulares (artrose, cifose, fraturas, hérnias de disco, osteoporose) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.					
09	Sofre(u) de doenças neurológicas (derrame cerebral, dor de cabeça continua, epilepsia, cefáleia ou outras)? Especifique.					
10	Sofre(u) de doenças do metabolismo e endócrinas (diabetes, tireoide, obesidade ou outras)? Especifique.					
11	Sofre(u) de câncer (tumoração ou leucemia)? Especifique.					
12	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.					
13	Sofre(u) de doenças cardíacas (infarto, arritimia, dor no peito), cardiovasculares (varizes) ou hipertensão arterial? Especifique.					
14	Sofre(u) de doenças do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra, infecções urinárias, cálculo renal ou outros)? Especifique.					
15	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico? Especifique.					
16	Necessita(ou) de acompanhamento de terapias (Ex.: psicólogos, fonoaudiólogos, terapia ocupacional, entre outros)? Especifique.					
17	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, sangramentos persistentes ou outras)? Especifique					
18	Sofre(u) de algum distúrbio reumatológico (reumatismo, artrite ou outros)? Especifique.					
19	Sofre(u) de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.					
20	Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo (cirrose, cálculo na vesícula, diverticulite, gastrite, úlcera ou outras)? Especifique.					
21	Tem qualquer deficiência visual (astigmastismo, catarata, glaucoma, hipermetropia, miopia ou outras)? Especifique.					
22	Sofre(u) tratamento de quimioterapia ou radioterapia?					
23	Sofre(u) de doenças ou lesões na cabeça, nos ouvidos, no nariz e na garganta (amigdalites, desvio de septo nasal, diminuição da audição, sinusite, mastóidite, otite, labirintite, renite, adenoides ou outras)? Especifique.					
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.					
25	Tem alguma doença de genética ou anomalia (Síndrome de Down, Anemia falciforme, Autismo ou outras)? Especifique					
26	Sofre(u) alguma cirurgia ortopédica? Especifique					

Item	Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04
Peso					
Altura					

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CPT

☐ Estou ciente de que, a partir da data de contratação ou adesão ao plano de saúde, a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e cirurgias poderá ser suspensa por até 24 meses, caso esteja exclusivamente relacionada a doenças ou lesões preexistentes.

Declaração do Proponente

Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde SÃO MIGUEL SAÚDE; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde, dos dependentes que represento neste Contrato.

Loca e Data:

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos)

Assinatura do Corretor:

Proposta Digital com Coparticipação - Versão 01/2025

São Miguel saúde

TODO PODEROSO

ANS: 32.523-6

NUMERO DO CONTRATO

DCS - Declaração de Condições de Saúde

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, especificar o item relacionado ao usuário, motivo e data do evento.

Item	Beneficiário	Data do Evento	Descrição da doença e/ou Ocorrência

Identificação do Médico Orientador na Entrevista Qualificada

☐ Contratação com entrevista médica qualificada

Nome Dr(a).			Assinatura
CRM	Telefone	Carimbo	Data da entrevista

☐ Contratação **sem** entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS

☐ Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde

Local e Data:	Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos)
_____, _____ de _____ de _____	Assinatura do Corretor:

Proposta Digital com Coparticipação - Versão 01/2025

5° R.T.D.P.J. CAPITAL

São Miguel saúde

TODO PODEROSO

Número do Contrato

ANEXO AO TERMO DE ADESÃO TERMO DE CIÊNCIA

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE BENEFICIÁRIOS E PARTICIPANTES Ao manifestar sua ciência e concordância para com o presente termo, o Titular _____, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado _____, doravante denominado BENEFICIÁRIO (Titular dos dados) fica ciente e concorda que a ASSISTÊNCIA MÉDICA SÃO MIGUEL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF nº 66.854.779/0001-10, situada na Rua Álvaro Correa Borges, nº 43 – Ed. Gilberto Maida Mellace – Vila Doutor Eiras – São Paulo – SP – 08010-200, doravante denominada CONTROLADORA, tomará decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, bem como realizará o tratamento de tais dados, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração, mediante as seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Este documento visa registrar a ciência e a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o(a) BENEFICIÁRIO(A) (Titular de dados) concorda com tratamento de seus dados pessoais pela CONTROLADORA para a finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), relacionada a todo e qualquer ato vinculado à prestação de serviços de planos assistenciais à saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA: A CONTROLADORA coleta e trata os dados elencados no Termo de Adesão ao Plano Assistencial à Saúde e seus anexos, com a finalidade, conforme art. 6º, inciso I, da Lei nº 13.709/2018, de cumprir o contrato de prestação de serviços firmado entre as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO: É vedado à CONTROLADORA utilizar todo e qualquer dado repassado pelo(a) BENEFICIÁRIO(A) para finalidade distinta da contratada, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

CLÁUSULA TERCEIRA: A CONTROLADORA se compromete a manter o sigilo e a confidencialidade de todas as informações – em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis - repassados pelo(a) BENEFICIÁRIO(A), em consonância com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei n. 13.709/2018), sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO: A CONTROLADORA adotará técnicas e padrões razoáveis e disponíveis na ocasião do tratamento para a guarda segura dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, repassados pelo(a) BENEFICIÁRIO(A), em consonância com o disposto no art. 46 da LGPD.

CLÁUSULA QUARTA: Nos termos do art. 18 da LGPD, o titular dos dados pessoais tem direito a obter da parte CONTROLADORA, a qualquer tempo e, mediante requisição simplificada, a confirmação da existência de tratamento; o acesso aos dados; a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na lei; a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da LGPD; a informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; a informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; e a revogação do consentimento, nos termos do art. 8º, § 5º, da LGPD.

CLÁUSULA QUINTA: Ao firmar o presente termo, o(a) BENEFICIÁRIO(A) toma ciência e concorda que a CONTROLADORA poderá tomar decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realizar o tratamento de seus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

CLÁUSULA SEXTA: A CONTROLADORA tem acesso aos dados pessoais e dados pessoais sensíveis do(a) BENEFICIÁRIO(A), tais como, mas não se restringindo somente: Nome, CPF, RG, data de nascimento, estado civil, endereço, telefone, dados bancários e conta no exterior, contracheque, dados médicos, gênero, idade, filiação, estado civil, grau de parentesco, saldo de conta, e-mail, pessoa politicamente exposta e residência no exterior. A CONTROLADORA trata os referidos dados com a finalidade de praticar todos os atos necessários à prestação de serviços de planos assistenciais à saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA: Os dados pessoais do(a) BENEFICIÁRIO(A) são cadastrados em sistema informatizado, sendo que, a empresa que administra o programa poderá ter acesso aos dados. Ainda, os dados pessoais e dados pessoais sensíveis poderão ser compartilhados com órgãos da administração pública Federal, Estadual ou Municipal, mas não se limitando somente a estes, para fins de cumprimento de obrigações previstas em lei ou para o devido cumprimento do contrato firmado entre as partes.

CLÁUSULA OITAVA: A CONTROLADORA fica obrigada a comunicar o(a) BENEFICIÁRIO(A), em até 48h (quarenta e oito horas), qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações

Proposta Digital com Coparticipação - Versão 01/2025

acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, bem como adotar as providências dispostas no art. 48 da LGPD, com a comunicação ao titular de dados e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

CLÁUSULA NONA: A CONTROLADORA realizará o tratamento de dados pessoais enquanto perdurar a vigência do termo de adesão ao plano assistencial de saúde, comprometendo-se a excluir os dados pessoais aos quais tem acesso, ao término do contrato, salvo nos casos de necessidade de guarda das informações, para cumprimento de obrigações legais ou regulatórias.

CLÁUSULA DÉCIMA: O(A) BENEFICIÁRIO(A) (titular de dados) poderá solicitar à CONTROLADORA, a qualquer momento, que informe quais os tratamentos realizados e que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados, através de requisição ao DPO (Data Protection Officer), através do contato _____.

PARÁGRAFO ÚNICO: Em casos de impossibilidade de atendimento da solicitação, o DPO informará ao titular, com fundamentação dos motivos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: Nos casos em que o tratamento é realizado através do consentimento do Titular, o mesmo poderá ser revogado, a qualquer momento, mediante solicitação por escrito ao Controlador. Sendo que, nesses casos, o Controlador buscará pela exclusão em prazo razoável.

PARÁGRAFO ÚNICO: A exclusão não ocorrerá caso os dados pessoais em questão sejam necessários para: cumprimento de obrigação legal ou regulatória, exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral, auditoria e/ou solicitações de órgãos governamentais. Nesses casos, o Titular será informado através de decisão fundamentada.

_____

Assinatura do Beneficiário

Proposta Digital com Coparticipação - Versão 01/2025

5º R.t.D.P.J. CAPITAL

5º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo

Oficial Titular: Paula da Silva Pereira Zaccaron

Rua Líbero Badaró, n. 425, 28º andar, Cep 01009-905 / Pq. Anhangabaú, n. 350, 28º andar, Cep 01007-040 - Ce
Tel.: (11) 3295-5555 - Email: 5rtd@5rtd.com.br - Site: www.5rtd.com.br

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA CONTRA TERCEIROS

Nº 1.667.163 de 21/01/2025

Certifico e dou fé que o documento em papel, contendo **38 (trinta e oito) páginas**, foi apresentado em 21/01/2025, protocolado sob nº 1.897.938, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **1.667.163** no Livro de Registro B deste 5º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo, na presente data.

Natureza:
CONTRATO PADRÃO

São Paulo, 21 de janeiro de 2025

Vinicius Thadeu Soares
Escrevente

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 322,98	R$ 91,62	R$ 62,72	R$ 17,12	R$ 22,12
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 15,36	R$ 6,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 538,68

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site: **servicos.cdtsp.com.br/validarregistro** e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

00241249461194175

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:

https://selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1135894TIBF000016979AA25Z