



**Santa
Helena**
Saúde

TRABALHANDO PELA VIDA

Resumo do Contrato
de Assistência Médica
Ambulatorial e Hospitalar
com Obstetrícia

Individual / Familiar

ATRIBUTOS DO CONTRATO

Este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98, suas regulamentações.

O objeto deste contrato é a prestação continuada de serviços de Planos Privados de Assistência à Saúde, prevista na Lei 9656/1998, visando a Assistência Médica Hospitalar.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Poderão ser incluídos beneficiários dependentes posteriormente à celebração deste Contrato, desde que na presença cumulativa.

Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato.

COBERTURA ASSISTENCIAL AO RECÉM-NASCIDO: Durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que a carência para parto esteja cumprida por parte do titular ou dependente.

INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO: Inscrição após 30 dias do nascimento ou adoção: estará sujeito ao cumprimento de carências, bem como, a DLP – Doença ou Lesão Preexistente.

Em caso de inscrição de filho adotivo do **CONTRATANTE**, menor de 12 (doze) anos de idade, **quando incluído em até 30 dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo CONTRATANTE adotante, estando sujeitos ao cumprimento dos prazos de CPT – Cobertura Parcial Temporária.**

DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO

Estão incluídos no presente Contrato, em casos de **COBERTURA AMBULATORIAL:**

PLANEJAMENTO FAMILIAR; ANESTESIOLOGISTA; CONSULTAS MÉDICAS; SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS; CONSULTA E SESSÕES COM NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL; PSICOTERAPIA; PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA.

PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS:

Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; Quimioterapia oncológica ambulatorial; Radioterapia; Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais; Hemoterapia ambulatorial; Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; Atendimento às emergências psiquiátricas; Atendimento à psicoterapia de crise, **limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.**

Estão incluídas no presente Contrato, em casos de **COBERTURA HOSPITALAR:**

INTERNAÇÕES HOSPITALARES; Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva; Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; Cobertura de exames complementares **indispensáveis** para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, durante o período de internação hospitalar; Cobertura de toda e qualquer taxa.

CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCO-MAXILO-FACIAIS: que necessitem de ambiente hospitalar.

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.

PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS:

Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; Quimioterapia oncológica ambulatorial; Radioterapia; Hemoterapia; Nutrição parenteral ou enteral; Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; Embolizações; Radiologia intervencionista; Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; Procedimentos de Fisioterapia.

CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA DA MAMA;

CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA;

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:

O custeio integral de **30 (trinta) dias de internação, por ano**, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

O custeio integral de **15 (quinze) dias de internação, por ano**, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química.

Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos.

Somente após 180 (cento e oitenta) dias do início de vigência do presente Contrato, direito à internação para tratamento de transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de substâncias químicas.

Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime HOSPITALAR, exceda os limites previstos no presente contrato, após esse período, haverá a coparticipação, que é a participação financeira do **CONTRATANTE** quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 80% sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.

Estarão cobertos, por este Contrato, 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79, e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura em tratamento de hospital-dia será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

CIRURGIAS CARDÍACAS;

TRANSPLANTES de CÓRNEA, de RIM e os AUTÓLOGOS, despesas assistenciais com doadores vivos, **exceto medicamentos de manutenção.**

Estão incluídas no presente Contrato, na cobertura **OBSTÉTRICA:**

ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO: assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, e assistência neonatal, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento.

Cobertura de 01 (um) acompanhante, escolhido pela mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

EXCLUSÕES

NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO:

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO E DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;

FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS;

CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

TRANSPLANTES, exceto de córnea, de rim e os autólogos;

CONSULTAS DOMICILIARES;

TRATAMENTOS PARA REDUÇÃO DE PESO EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

TRATAMENTOS EM CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS;

INTERNAÇÕES QUE **NÃO** NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO OBSERVAREM OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A **CONTRATADA** reserva-se o direito, nos casos de tratamento e/ou internação, em prestar o referido serviço em clínica ou hospital por ela determinado, ou ainda proceder a indicação ou remoção do paciente a seu juízo e critério.

Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá comunicar aos beneficiários e à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente.

Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, por conta do **CONTRATANTE**, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário.

Os serviços credenciados servem de suporte para a rede própria da **CONTRATADA**, motivo pelo qual o **CONTRATANTE** e seus dependentes não deverão utilizá-los sem prévia autorização da **CONTRATADA**, cabendo a **CONTRATADA** indicar qual o prestador será indicado para o atendimento.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS: Os procedimentos contratados deverão ser autorizados previamente pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência e emergência.

As internações feitas em caráter de emergência, dentro dos limites da cobertura contratada, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja providenciada a remoção ou emitida a autorização prévia correspondente, à critério exclusivo da **CONTRATADA**.

É garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

A definição mencionada acima implica na autorização do procedimento solicitado ou não autorização, bem como, informar ao beneficiário, por exemplo, que serão necessários maiores esclarecimentos por parte do médico assistente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Os serviços podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**.

Quaisquer solicitações realizadas por profissional não pertencente à rede própria ou credenciada serão analisadas mediante a apresentação de formulário específico, fornecido pela **CONTRATADA**, preenchido integralmente, de forma legível, sob pena de ser devolvido para complementação, e do Cartão de Identificação.

Se a documentação não contiver todos os dados que permitam a análise conclusiva para autorização do procedimento, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao beneficiário documentação ou informações complementares sobre a solicitação.

Estas solicitações deverão ser apresentadas na Central de Atendimento ao Cliente, pessoalmente, e obedecerão, no que couber, o disposto no item "Autorizações Prévias".

Os valores de consultas ou honorários médicos, relativos aos profissionais não pertencentes a rede própria ou credenciada, não serão reembolsados pela **CONTRATADA**.

A **CONTRATADA** poderá encaminhar o paciente e sua solicitação a um profissional de indicação da **CONTRATADA** a fim de valer-se de uma segunda opinião médica.

Na hipótese de ocorrer quaisquer divergências médicas as mesmas serão dirimidas por Junta Médica.

DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA E JUNTA MÉDICA: As divergências serão dirimidas por uma Junta Médica composta por 03 (três) membros, sendo o profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**.

CONSULTAS: O beneficiário deverá identificar no "Manual de Orientação do Beneficiário" a especialidade desejada e ligar no número de telefone indicado para realizar o agendamento.

CARÊNCIAS

O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato encontra-se vinculado aos seguintes prazos de carência:

Acidentes Pessoais: **após 24 horas da vigência;**

Partos a termo (a partir da 37ª semana de gestação): **300 dias;**

Demais casos: **180 dias.**

A contagem dos prazos de carência terá início a partir do ingresso de cada beneficiário.

ISENÇÃO OU APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS: a legislação / regulamentação em saúde prevê algumas situações onde o beneficiário pode ter a carência isentada ou aproveitada, dentre estas podemos citar, exemplificativamente, sem prejuízo de outras que porventura vierem a ser publicadas e, conforme normativos vigentes à época da contratação:

PLANO PARA DEDITIDOS – CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS, PREVISTO NO ARTIGO 30 DA LEI Nº 9656/98.

PLANO PARA APOSENTADOS – CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS, PREVISTO NO ARTIGO 31 DA LEI Nº 9656/98.

PLANO COLETIVO LIQUIDADO OU ENCERRADO, REGULAMENTADO PELA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19 DE 25/03/99.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS, REGULAMENTADA PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA RN Nº 186, DE 14/01/09.

COMPETE AO **CONTRATANTE** INFORMAR, POR OCASIÃO DA CONTRATAÇÃO, SEU ENQUADRAMENTO NAS CONDIÇÕES MENCIONADAS PARA SER BENEFICIADO NO CUMPRIMENTO DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA.

AFORA AS SITUAÇÕES PREVISTAS EM LEGISLAÇÃO / REGULAMENTAÇÃO, QUALQUER ISENÇÃO, APROVEITAMENTO OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS, FICA A CRITÉRIO EXCLUSIVO DA **CONTRATADA**.

UMA VEZ NÃO SE ENQUADRANDO NAS CONDIÇÕES PREVISTAS EM LEGISLAÇÃO / REGULAMENTAÇÃO OU NÃO TENDO SIDO APROVADA O APROVEITAMENTO OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS NAS CONDIÇÕES EM QUE DEPENDE DE AUTORIZAÇÃO DA **CONTRATADA**, O **CONTRATANTE** E SEUS DEPENDENTES FICAM CIENTES DE QUE DEVERÃO CUMPRIR INTEGRALMENTE OS PERÍODOS DE CARÊNCIA PREVISTOS CONTRATUALMENTE.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO.

O beneficiário deverá informar à contratada, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP – Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de **FRAUDE**.

Caso seja(m) portador(es) de qualquer doença ou lesão, o **CONTRATANTE** e/ou beneficiário, optará pela cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, ou pela sua cobertura integral, mediante um agravo no valor da taxa mensal.

SUSPEITA DE FRAUDE: Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP – Doença ou Lesão Preexistente, a **CONTRATADA** comunicará o beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário.

É vedada a alegação de omissão de informação de DLP – Doença ou Lesão Preexistente quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela **CONTRATADA**, com vistas à admissão no plano.

Não caberá qualquer imputação de DLP – Doença ou Lesão Preexistente ou Agravo, bem como, o preenchimento de declaração de saúde aos beneficiários que cumprirem as condições no artigo 14 da Resolução Normativa RN nº 162.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

Salvo nas seguintes hipóteses:

Atendimento decorrente de **DLP – Doença ou Lesão Preexistente** quando em **CPT – Cobertura Parcial Temporária**; Atendimento de beneficiário que ainda está cumprindo **Carência** para internação, exceto para plano referência; Atendimentos referentes ao **Processo Gestacional**, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de **Carência**, e nos planos sem cobertura obstétrica, exceto para plano referência.

Somente nos casos acima o atendimento será limitado às primeiras 12 horas ou em tempo menor até que ocorra a necessidade de internação, quando cessa a responsabilidade financeira da contratada, mas garantindo esta a remoção para o SUS, conforme o item “Remoção para o SUS”.

As limitações previstas acima não se aplicarão caso o atendimento decorra de Acidente Pessoal, cujo atendimento estará garantido após 24 horas de vigência contratual.

REEMBOLSO DE DESPESAS NAS URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS:

Nos atendimentos de Urgência ou Emergência, é garantido ao Beneficiário o Reembolso das despesas decorrentes, desde que atenda, **simultaneamente**, os seguintes requisitos: Atendimento de Urgência ou Emergência; Impossibilidade de utilização pelo **CONTRATANTE** e/ou seus beneficiários, dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**; Atendimentos relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato; Atendimento exclusivamente na área geográfica de abrangência contratual.

Observadas as condições acima o reembolso será realizado de acordo com a Tabela de Reembolso da **CONTRATADA**, devidamente registrada.

O beneficiário deverá apresentar os documentos abaixo descritos:

Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas; Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação; Relatório do médico assistente.

A **CONTRATADA** não responderá com qualquer obrigação de reembolso ou ressarcimento a atendimento ocorrido fora da sua área de abrangência mesmo tratando-se de Urgências ou Emergências, e bem assim com qualquer atendimento não considerado de urgência ou emergência, fora de sua rede credenciada.

Garantia de remoção Inter-hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato, nos casos comprovadamente necessários.

Após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

REMOÇÃO PARA O SUS após o atendimento de urgência/emergência:

Quando ocorrer necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial;

Quando o beneficiário em acordo de **CPT – Cobertura Parcial Temporária** necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às **DLP – Doenças e Lesões Preexistentes**;

No caso de beneficiário que ainda está cumprindo **Carência** para internação, exceto para plano referência;

No caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de **Complicações do Processo Gestacional**, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de **Carência**, e nos planos sem cobertura obstétrica, exceto para plano referência.

Nos casos acima são aplicáveis as seguintes regras:

Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS;

Quando não possa haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;

Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários;

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade da remoção;

Na hipótese de a **CONTRATADA** se ver obrigada a arcar com os custos decorrentes do item acima, ficará garantido o direito de regresso para se ver ressarcida pelo **CONTRATANTE**.

PREÇOS, REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO

Os pagamentos deverão ser feitos até o dia de cada mês estabelecido na Proposta de Adesão, **ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em finais de semana ou feriados**, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**.

Nos casos em que a **CONTRATADA**, em razão de realização de promoções, conceder um desconto para os pagamentos efetuados até o vencimento, caso o vencimento ocorra em finais de semana ou feriados, o desconto somente será concedido, caso o pagamento seja antecipado para até o último dia útil imediatamente anterior a data do vencimento.

Em casos de atraso no pagamento das Taxas Mensais de Manutenção, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

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

REAJUSTE

O valor da Taxa Mensal está sujeito às seguintes formas de reajuste: Reajuste por Variação de Custos, Reajuste por Revisão Técnica e Reajuste Por Mudança de Faixa Etária que será tratado no item “FAIXAS ETÁRIAS”.

REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS: é o aumento anual na mensalidade do plano, no mês de aniversário do contrato, mediante prévia autorização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA: Em conjunto com a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar a fim de eliminar ou corrigir o referido desequilíbrio.

FAIXA ETÁRIA

Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com a TABELA DE FAIXA ETÁRIA.

DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato terá prazo de duração mínima de 12 (doze) meses.

RESCISÃO / SUSPENSÃO

A rescisão contratual unilateral por parte da **CONTRATADA** de planos contratados individualmente somente poderá ocorrer em 02 (duas) hipóteses:

FRAUDE: Com exceção à fraude no preenchimento da declaração de saúde, que será tratada em conformidade com a regulamentação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

INADIMPLÊNCIA: Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Além das hipóteses tratadas no item “RESCISÃO”, também perderá a qualidade de Beneficiário deste contrato, quando enquadrado nas seguintes condições:

Por óbito do Titular ou do Dependente.

ABRANGÊNCIA

As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é qualificada como Grupo de Municípios, compreendida pelos seguintes municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá e Ribeirão Pires, inexistindo qualquer direito ou obrigação que possa ser exigido por atendimentos de serviços ocorridos fora dos limites geográficos aqui fixados, mesmo que definidos como de urgência ou emergência.

DISPOSIÇÕES GERAIS

A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

Qualquer tipo de solicitação de alteração em dados cadastrais do **CONTRATANTE** e/ou dependentes deverá ser realizada de forma expressa pelo **CONTRATANTE** e protocolada pela **CONTRATADA**.

A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer informação, promoção, promessa ou outros comprometimentos que não façam parte deste contrato ou de seus anexos, exceto se previamente aprovados por escrito pela **CONTRATADA**.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, o “Manual de Orientação do Beneficiário” e demais Anexos/Aditivos firmados pelo **CONTRATANTE** que declara tê-los recebido e ter ciência de seus conteúdos.

DO FORO

As partes elegem o **Foro da Comarca do CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.



ANS - Nº 35.509-7

O contrato com inteiro teor encontra-se disponível para consulta no site www.santahelenasaude.com.br ou no 2º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Bernardo do Campo, registrado sob nº 083.880 e alterações registradas sob o nº 130.887, adaptado às exigências da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, dispostas na RN Nº 195, de 14/07/09, e instruções correlatas.



TRABALHANDO PELA VIDA

Central de Agendamento (consultas e exames)
(11) 4336 9777 (exceto exames especiais)

SAC 24 HORAS
(informações, dúvidas, reclamações, orientações sobre suspensão ou cancelamento de plano)

0800 191 817

www.santahelenasaude.com.br