

**SEGURO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**PROPOSTA DE SEGURO  
INDIVIDUAL / FAMILIAR - GLOBAL  
Produto 342 G**

**Registro ANS 00624-6**

0057.7146.0597

## SUMÁRIO

ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES	Pág.
PROPOSTA	
DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE	
1 - OBJETO DO SEGURO	01
2 - DEFINIÇÕES	01
3 - SERVIÇOS COBERTOS PELO SEGURO	05
4 - LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS COBERTOS	08
5 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO SEGURO	08
6 - AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS	10
7 - PRAZOS DE CARÊNCIA	11
8 - PLANOS DE SEGURO E PADRÕES DE ACOMODAÇÃO	13
9 - REEMBOLSO	14
10 - ACEITAÇÃO OU INCLUSÃO DE SEGURADOS	16
11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	17
12 - ANULAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	17
13 - TABELA DE PRÊMIOS MENSAIS	17
14 - REAJUSTE TÉCNICO DOS PRÊMIOS	18
15 - REAJUSTE FINANCEIRO DOS PRÊMIOS	18
16 - PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	19
17 - ASSISTÊNCIA 24 HORAS	20
18 - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS	24
19 - REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES	24
20 - RECLAMAÇÕES	24
21 - DO FORO	24
22 - REMISSÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO POR MORTE DO SEGURADO	25
MANUAL DE UTILIZAÇÃO	26

## **ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES**

Proposta/Certificado nº

### **O QUE É SulAmérica SAÚDE?**

É um seguro de reembolso de despesas médicas e hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas inicialmente pela Circular n.º 05, de 1989, da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão governamental responsável pela regulamentação e fiscalização do mercado segurador, diretamente subordinado ao Ministério da Fazenda e, posteriormente, pela Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

Este seguro tem por objeto específico reembolsar o segurado das despesas médicas e hospitalares que ele ou seus dependentes tenham efetuado com médicos, hospitais, clínicas e laboratórios legalmente habilitados e por ele livremente escolhido.

Como forma de facilitar a utilização deste seguro, a SulAmérica Saúde poderá colocar, à disposição do segurado a Rede Referenciada, composta por prestadores de serviços médicos e hospitalares que, quando utilizados pelo Segurado, serão pagos diretamente pela SulAmérica Saúde, por conta e ordem do Segurado.

### **COMO ADQUIRIR O SulAmérica SAÚDE?**

Inicialmente, a pessoa interessada, denominada proponente, deverá, através de seu corretor, que é o profissional devidamente habilitado para promover contratos de seguros, preencher uma Proposta de Seguro informando os dados pessoais solicitados e a Declaração de Saúde.

Numa mesma proposta poderão ser incluídos, além do Proponente que assina, outros Proponentes que aquele queira incluir no seguro, desde que sejam seus dependentes, sobre os quais assumirá a responsabilidade integral das informações e declarações prestadas referentes a dados pessoais e condições de saúde de cada um deles.

**Proposta de Seguro de Assistência à Saúde**  
Individual / Familiar - Global

**SulAmérica**

associada ao **ING**

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J.:01.685.053/0001-56

Produto <b>342 G</b>	Empresa	Proposta/Certificado nº
-------------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular

02-Registro Geral (RG) DV Órgão emissor - Estado Data de expedição

03-CPF do Titular DV

04-Nome do Responsável (quando Titular for menor de 18 anos ou incapaz)

05-CPF do Responsável DV

06-Data de Nascimento 07-Idade 08-Estado Civil 09-Sexo

1 Solteiro	M
2 Casado	F
3 Outros	

10-Conta Corrente para reembolso

<input type="checkbox"/> TITULAR	Banco	Agência	Nº da Conta
<input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL			

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**  Opcional

Crédito Online em agência do Banco do Brasil

11-Endereço de cobrança (Rua, Avenida, Praça, etc.)

12-Número 13-Complemento (apto, sala, bloco, etc.)

14-Bairro

15-Município

16-CEP

17-UF

18-Telefone Residencial DDD

19-Telefone para contato em horário compl. DDD

Ramal 20-Ocupação principal

21-Dependentes nome

22-Sexo M/F 23-Data nascimento 24-Idade 25-Parentesco

01				
02				
03				
04				
05				

26-Código para indicação do grau de parentesco

1 = Cônjuge 2 = Filhos 3 = Pais 4 = Companheiro (a) 5 = Outros

27-Cód.do Plano

← 9841 = Básico 9852 = Especial 9868 = Executivo 9888 = Máximo

Valores dos Prêmios		29-Porcentagem (%) de Agravamento	30-Valor do Prêmio Final (R\$)
28-Valor do Prêmio Normal (R\$)			
Titular			
01			
02			
03			
04			
05			
31-Prêmio Total			32-Prêmio Final (R\$)

33-Data Proposta VALORES EM REAIS → 34-Valor 1º prêmio - R\$ (31) 35-IOF - R\$ 36-Taxa Inscrição - R\$ 37-Valor total - R\$ (33+34+35)

38-Nome do Corretor 39-Código SUSEP

40-Conc.1 41-Conc.2 42-Supervisor 43-Produtor

No caso de transferência de plano, informar os dados abaixo e anexar contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos

44-Nome Plano Anterior 45-Contrato Anterior nº 46-Data fim - Plano Anterior 47-Valor da última parcela - R\$

Após o preenchimento da Declaração de Saúde, ratificar a opção conforme abaixo:

Cobertura Parcial Temporária para doença ou lesão preexistente.

Agravamento de Prêmio para cobertura de doença ou lesão preexistente.

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Proponente Titular ou Responsável pelo menor de 18 anos ou incapaz \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE

Neste ato, tomo ciência de que o Plano de Seguro Básico a mim oferecido está devidamente adaptado às regras contidas na Lei nº 9656/98, com relação ao plano referência de assistência à saúde.

Afirmo que, ao preencher a presente Proposta de Seguro de Assistência à Saúde, recebi as respectivas Condições Gerais da Proposta de Seguro, que foram integralmente lidas, entendidas e por mim aceitas sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura na presente Proposta.

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Pela presente, solicito a inclusão do meu nome, e dependentes relacionados no anverso ou do titular menor de 18 anos ou incapaz por mim representado, na apólice de Seguro de Assistência à Saúde da Sul América Cia de Seguro Saúde, ao qual concedo o direito de agir em meu nome ou em nome do titular por mim representado em cumprimento a todas as cláusulas das Condições Gerais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações e/ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao estipulante que, para tal fim, fica investido de poderes de representação.

### Declaro, para todos os fins e efeitos:

- que preenchi, de próprio punho, a Declaração de Saúde, em meu próprio nome e de meus dependentes, ou em nome do titular por mim representado, e que estou ciente dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.**
- que tenho ciência e estou de acordo com as Condições Gerais e Particulares da apólice, inclusive quanto aos prazos de carência constantes do subitem 7.3, das referidas Condições Gerais, não tendo qualquer dúvida quanto à sua aplicação, cabendo exclusivamente à Seguradora estabelecer qualquer redução naqueles prazos;
- que tenho ciência de que a redução dos prazos ou isenção de carência não alteram as coberturas do Seguro, permanecendo inalteradas as Exclusões e Limitações de Cobertura, expressas nas Condições Gerais e Particulares da referida apólice;
- que estou ciente e de acordo que a eventual redução dos prazos de carência poderão ou não ser válidas para todas as coberturas do presente plano em função das coberturas fornecidas pelo meu plano anterior;
- que tenho ciência que esta Proposta somente terá validade após o pagamento do valor do primeiro prêmio em estabelecimento bancário e sua entrega na Seguradora, até 72 horas da data de assinatura da mesma. Caso seja declarada alguma doença ou lesão preexistente, este prazo será contado a partir da data em que a Seguradora informar o valor correspondente ao agravamento do prêmio. No caso de pagamento através de cheque, este somente será considerado válido após a liquidação do mesmo pelo banco sacado;
- que tenho ciência de que qualquer modificação que implique em alteração nos valores, em qualquer uma das formas de cobrança por mim escolhida, deverá ser comunicada à Seguradora, com antecedência mínima de 30 dias da data de vencimento;
- que assinando esta proposta estou autorizando a Seguradora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relaciona com o presente Seguro;
- estar ciente de que as coberturas oferecidas por este Seguro estão em conformidade com os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na data da realização do evento e que este Rol está sujeito a inclusão(ões) e exclusão(ões) de procedimentos através de RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) emitida(s) por este órgão governamental ou outro que venha a substituí-lo;
- que autorizo a Seguradora a depositar, na conta corrente por mim indicada no anverso desta proposta, qualquer importância referente a reembolso de despesas médico-hospitalares, decorrentes de tratamentos cobertos pelas Condições Gerais deste Seguro, realizados por mim ou meus dependentes incluídos no Seguro, ou por menor de 18 anos ou incapaz por mim representado, e me obrigo a informar à Seguradora qualquer alteração na conta corrente indicada;**
- estar ciente de que, caso não informe uma conta-corrente para receber os valores referentes ao reembolso de despesas médico-hospitalares, estes valores serão depositados via Ordem de Crédito Online no Banco do Brasil.**

Assinatura do proponente titular ou responsável pelo menor  
de 18 anos ou incapaz

Assinatura do corretor

<b>48 - USO EXCLUSIVO DA SEGURADORA</b>	
Visto Responsável Análise  / /	Motivo da Autorização
Prazo de CPT	REDUÇÃO DE CARÊNCIA     sim     não     cód. carência <input type="text"/>
	Visto Responsável Cadastramento  / /

**Proposta de Seguro de Assistência à Saúde**  
Individual / Familiar - Global

**SulAmérica**

associada ao **ING**

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J.:01.685.053/0001-56

Produto <b>342 G</b>	Empresa	Proposta/Certificado nº
-------------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular

02-Registro Geral (RG) DV Órgão emissor - Estado Data de expedição

03-CPF do Titular DV

04-Nome do Responsável (quando Titular for menor de 18 anos ou incapaz)

05-CPF do Responsável DV

06-Data de Nascimento 07-Idade 08-Estado Civil 09-Sexo

1 Solteiro	M
2 Casado	F
3 Outros	

10-Conta Corrente para reembolso

<input type="checkbox"/> TITULAR	Banco	Agência	Nº da Conta
<input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL			

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**  Opcional

Crédito Online em agência do Banco do Brasil

11-Endereço de cobrança (Rua, Avenida, Praça, etc.)

12-Número 13-Complemento (apto, sala, bloco, etc.)

14-Bairro

15-Município

16-CEP

17-UF

18-Telefone Residencial DDD

19-Telefone para contato em horário coml. DDD

Ramal 20-Ocupação principal

21-Dependentes nome

22-Sexo M/F 23-Data nascimento 24-Idade 25-Parentesco

01				
02				
03				
04				
05				

26-Código para indicação do grau de parentesco

1 = Cônjuge 2 = Filhos 3 = Pais 4 = Companheiro (a) 5 = Outros

27-Cód.do Plano

← 9841 = Básico 9852 = Especial 9868 = Executivo 9888 = Máximo

**Valores dos Prêmios**

Titular	28-Valor do Prêmio Normal (R\$)	29-Porcentagem (%) de Agravamento	30-Valor do Prêmio Final (R\$)
01			
02			
03			
04			
05			

31-Prêmio Total 32-Prêmio Final (R\$)

33-Data Proposta VALORES EM REAIS → 34-Valor 1º prêmio - R\$ (31) 35-IOF - R\$ 36-Taxa Inscrição - R\$ 37-Valor total - R\$ (33+34+35)

38-Nome do Corretor

39 -Código SUSEP

40-Conc.1

41-Conc.2

42-Supervisor

43-Produtor

No caso de transferência de plano, informar os dados abaixo e anexar contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos

44-Nome Plano Anterior

45-Contrato Anterior nº

46-Data fim - Plano Anterior

47-Valor da última parcela - R\$

Após o preenchimento da Declaração de Saúde, ratificar a opção conforme abaixo:

- Cobertura Parcial Temporária para doença ou lesão preexistente.
- Agravamento de Prêmio para cobertura de doença ou lesão preexistente.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável pelo menor de 18 anos ou incapaz

**Proposta de Seguro de Assistência à Saúde**  
Individual / Familiar - Global

**SulAmérica**

associada ao **ING**

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J.:01.685.053/0001-56

Produto <b>342 G</b>	Empresa	Proposta/Certificado nº
-------------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular			
02-Registro Geral (RG)	DV	Órgão emissor - Estado	Data de expedição
04-Nome do Responsável (quando Titular for menor de 18 anos ou incapaz)		05-CPF do Responsável	
03-CPF do Titular			DV

06-Data de Nascimento	07-Idade	08-Estado Civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Outros	09-Sexo M F	10-Conta Corrente para reembolso   TITULAR Banco Agência Nº da Conta   RESPONSÁVEL	<b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO</b>	Opcional <input type="checkbox"/> Crédito Online em agência do Banco do Brasil
-----------------------	----------	---	-------------------	--	----------------------------------	---

11-Endereço de cobrança (Rua, Avenida, Praça, etc.)		12-Número	13-Complemento (apto, sala, bloco, etc.)	
14-Bairro	15-Município	16-CEP		17-UF

18-Telefone Residencial DDD	19-Telefone para contato em horário coml. DDD	Ramal	20-Ocupação principal	
--------------------------------	--	-------	-----------------------	--

21-Dependentes nome		22-Sexo M/F	23-Data nascimento	24-Idade	25-Paren-tesco
01			/ /		
02			/ /		
03			/ /		
04			/ /		
05			/ /		

26-Código para indicação do grau de parentesco  
**1 = Cônjuge    2 = Filhos    3 = Pais    4 = Companheiro (a)    5 = Outros**

27-Cód.do Plano	←	9841 = Básico	9852 = Especial	9868 = Executivo	9888 = Máximo	↗
-----------------	---	---------------	-----------------	------------------	---------------	---

Valores dos Prêmios		29-Porcentagem (%) de Agravamento	30-Valor do Prêmio Final (R\$)
Titular	28-Valor do Prêmio Normal (R\$)		
01			
02			
03			
04			
05			
31-Prêmio Total			32-Prêmio Final (R\$)

33-Data Proposta	<b>VALORES EM REAIS</b> →	34-Valor 1º prêmio - R\$ (31)	35-IOF - R\$	36-Taxa Inscrição - R\$	37-Valor total - R\$ (33+34+35)
------------------	---------------------------	-------------------------------	--------------	-------------------------	---------------------------------

38-Nome do Corretor		39-Código SUSEP			
---------------------	--	-----------------	--	--	--

40-Conc.1	41-Conc.2	42-Supervisor	43-Produtor
-----------	-----------	---------------	-------------

No caso de transferência de plano, informar os dados abaixo e anexar contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos

44-Nome Plano Anterior	45-Contrato Anterior nº	46-Data fim - Plano Anterior	47-Valor da última parcela - R\$
------------------------	-------------------------	------------------------------	----------------------------------

**Após o preenchimento da Declaração de Saúde, ratificar a opção conforme abaixo:**

Cobertura Parcial Temporária para doença ou lesão preexistente.

Agravamento de Prêmio para cobertura de doença ou lesão preexistente.

---

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Proponente Titular ou Responsável pelo menor de 18 anos ou incapaz \_\_\_\_\_

**Proposta de Seguro de Assistência à Saúde**  
Individual / Familiar - Global

**SulAmérica**

associada ao **ING**

Sul América Companhia de Seguro Saúde

C.N.P.J.:01.685.053/0001-56

Produto <b>342 G</b>	Empresa	Proposta/Certificado nº
-------------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular

02-Registro Geral (RG)	DV	Órgão emissor	-	Estado	Data de expedição	03-CPF do Titular	DV
04-Nome do Responsável (quando Titular for menor de 18 anos ou incapaz)						05-CPF do Responsável	DV

06-Data de Nascimento	07-Idade	08-Estado Civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Outros	09-Sexo M F	10-Conta Corrente para reembolso <b>TITULAR</b> Banco Agência Nº da Conta <b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO</b>	Opcional <input type="checkbox"/> Crédito Online em agência do Banco do Brasil
-----------------------	----------	---	-------------------	--	----------------------------------	---

11-Endereço de cobrança (Rua, Avenida, Praça, etc.)				12-Número	13-Complemento (apto, sala, bloco, etc.)		
14-Bairro			15-Município	16-CEP		17-UF	

18-Telefone Residencial DDD	19-Telefone para contato em horário coml. DDD	Ramal	20-Ocupação principal				
--------------------------------	--	-------	-----------------------	--	--	--	--

21-Dependentes nome				22-Sexo M/F	23-Data nascimento	24-Idade	25-Paren-tesco
01					/ /		
02					/ /		
03					/ /		
04					/ /		
05					/ /		

26-Código para indicação do grau de parentesco  
1 = Cônjuge    2 = Filhos    3 = Pais    4 = Companheiro (a)    5 = Outros

27-Cód.do Plano	←	9841 = Básico	9852 = Especial	9868 = Executivo	9888 = Máximo	↗
-----------------	---	---------------	-----------------	------------------	---------------	---

Valores dos Prêmios		29-Porcentagem (%) de Agravamento	30-Valor do Prêmio Final (R\$)
Titular	28-Valor do Prêmio Normal (R\$)		
01			
02			
03			
04			
05			
31-Prêmio Total			32-Prêmio Final (R\$)

33-Data Proposta	VALORES EM REAIS →	34-Valor 1º prêmio - R\$ (31)	35-IOF - R\$	36-Taxa Inscrição - R\$	37-Valor total - R\$ (33+34+35)
------------------	--------------------	-------------------------------	--------------	-------------------------	---------------------------------

38-Nome do Corretor				39-Código SUSEP			
---------------------	--	--	--	-----------------	--	--	--

40-Conc.1	41-Conc.2	42-Supervisor	43-Produtor
-----------	-----------	---------------	-------------

No caso de transferência de plano, informar os dados abaixo e anexar contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos			
44-Nome Plano Anterior	45-Contrato Anterior nº	46-Data fim - Plano Anterior	47-Valor da última parcela - R\$

**Após o preenchimento da Declaração de Saúde, ratificar a opção conforme abaixo:**

Cobertura Parcial Temporária para doença ou lesão preexistente.

Agravamento de Prêmio para cobertura de doença ou lesão preexistente.

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Proponente Titular ou Responsável pelo menor de 18 anos ou incapaz \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE

Neste ato, tomo ciência de que o Plano de Seguro Básico a mim oferecido está devidamente adaptado às regras contidas na Lei nº 9656/98, com relação ao plano referência de assistência à saúde.

Afirmo que, ao preencher a presente Proposta de Seguro de Assistência à Saúde, recebi as respectivas Condições Gerais da Proposta de Seguro, que foram integralmente lidas, entendidas e por mim aceitas sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, aponto assinatura na presente Proposta.

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Pela presente, solicito a inclusão do meu nome, e dependentes relacionados no anverso ou do titular menor de 18 anos ou incapaz por mim representado, na apólice de Seguro de Assistência à Saúde da Sul América Cia de Seguro Saúde, ao qual concedo o direito de agir em meu nome ou em nome do titular por mim representado em cumprimento a todas as cláusulas das Condições Gerais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações e/ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao estipulante que, para tal fim, fica investido de poderes de representação.

### Declaro, para todos os fins e efeitos:

- que preenchi, de próprio punho, a Declaração de Saúde, em meu próprio nome e de meus dependentes, ou em nome do titular por mim representado, e que estou ciente dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.**
- que tenho ciência e estou de acordo com as Condições Gerais e Particulares da apólice, inclusive quanto aos prazos de carência constantes do subitem 7.3, das referidas Condições Gerais, não tendo qualquer dúvida quanto à sua aplicação, cabendo exclusivamente à Seguradora estabelecer qualquer redução naqueles prazos;
- que tenho ciência de que a redução dos prazos ou isenção de carência não alteram as coberturas do Seguro, permanecendo inalteradas as Exclusões e Limitações de Cobertura, expressas nas Condições Gerais e Particulares da referida apólice;
- que estou ciente e de acordo que a eventual redução dos prazos de carência poderão ou não ser válidas para todas as coberturas do presente plano em função das coberturas fornecidas pelo meu plano anterior;
- que tenho ciência que esta Proposta somente terá validade após o pagamento do valor do primeiro prêmio em estabelecimento bancário e sua entrega na Seguradora, até 72 horas da data de assinatura da mesma. Caso seja declarada alguma doença ou lesão preexistente, este prazo será contado a partir da data em que a Seguradora informar o valor correspondente ao agravamento do prêmio. No caso de pagamento através de cheque, este somente será considerado válido após a liquidação do mesmo pelo banco sacado;
- que tenho ciência de que qualquer modificação que implique em alteração nos valores, em qualquer uma das formas de cobrança por mim escolhida, deverá ser comunicada à Seguradora, com antecedência mínima de 30 dias da data de vencimento;
- que assinando esta proposta estou autorizando a Seguradora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relaciona com o presente Seguro;
- estar ciente de que as coberturas oferecidas por este Seguro estão em conformidade com os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na data da realização do evento e que este Rol está sujeito a inclusão(ões) e exclusão(ões) de procedimentos através de RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) emitida(s) por este órgão governamental ou outro que venha a substituí-lo;
- que autorizo a Seguradora a depositar, na conta corrente por mim indicada no anverso desta proposta, qualquer importância referente a reembolso de despesas médico-hospitalares, decorrentes de tratamentos cobertos pelas Condições Gerais deste Seguro, realizados por mim ou meus dependentes incluídos no Seguro, ou por menor de 18 anos ou incapaz por mim representado, e me obrigo a informar à Seguradora qualquer alteração na conta corrente indicada;**
- estar ciente de que, caso não informe uma conta-corrente para receber os valores referentes ao reembolso de despesas médico-hospitalares, estes valores serão depositados via Ordem de Crédito Online no Banco do Brasil.**

Assinatura do proponente titular ou responsável pelo menor  
de 18 anos ou incapaz

Assinatura do corretor

<b>48 - USO EXCLUSIVO DA SEGURADORA</b>			
Visto Responsável Análise  / /	Motivo da Autorização		
Prazo de CPT	REDUÇÃO DE CARÊNCIA     sim     não     cód. carência	<input type="text"/>	Visto Responsável Cadastramento  / /

## **PROPONENTE, ATENÇÃO. MUITO IMPORTANTE !**

- 1. Leia com atenção para preencher corretamente a Declaração de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no seguro.**
2. A Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seus dependentes, ou responsável pelo titular, quando este for menor de 18 anos, ou inválido / incapaz.
3. Ao preencher a Declaração de Saúde e assinar a proposta, o titular ou responsável pelo titular menor de 18 anos ou incapaz, assume a responsabilidade pelas informações registradas, inclusive com relação aos dependentes, conforme prevê o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro:  
***"Se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito às coberturas do seguro e pagará o prêmio vencido".***
4. Toda resposta afirmativa deve ser esclarecida, informando a ocorrência (doença ou deficiência, medicamentos utilizados, tratamento ou cirurgia realizados ou a realizar, problema de saúde e sintomas), a data da constatação da doença e a qual participante se refere.
- 5. Para orientação do preenchimento da Declaração de Saúde, o proponente poderá escolher um médico entre os oferecidos para orientá-lo. Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à Rede Referenciada poderá fazê-lo, desde que assuma o custo correspondente. O médico deverá também assinar o formulário sob carimbo, com o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM.**
- 6. As patologias declaradas e suas conseqüências poderão, a critério do proponente, gerar agravamento do prêmio do seguro ou Cobertura Parcial Temporária (suspensão da cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, por período de 24 meses), contada a partir da data de início de vigência do seguro.**
7. Qualquer redução nos prazos de carência, constantes do item 7 - Prazos de Carência, das Condições Gerais, só terá efeito após a apresentação da documentação necessária, a análise da proposta e a sua aceitação pela seguradora.

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## Seguro Saúde Individual/Familiar

# SulAmérica

associada ao ING 

Produto 342 G	Empresa	Proposta/Certificado nº
------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular					
02-Registro Geral	DV	Órgão emissor	-	Estado	Data de expedição
04-Nome do Corretor			05-Código do Corretor		
06-Nome do Médico			07-Código do Médico		

**Tenho ciência de que a Seguradora está me oferecendo um médico orientador, sem custo adicional, para proceder a Entrevista Qualificada e que ainda, se for da minha vontade, posso procedê-la com um médico particular, da minha escolha, sob minhas expensas, podendo inclusive não utilizar esses recursos, por achar desnecessário e me julgar suficientemente capacitado para proceder o preenchimento da Declaração de Saúde sem orientação médica.**

**Declaro ainda, que tenho conhecimento do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".**

**Independentemente do auxílio do Médico Orientador, este formulário deve ser preenchido de próprio punho pelo Proponente. Não serão aceitas Declarações com rasuras.** "S" = SIM ou "N" = NÃO

ITEM	Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:	Titular	Dependentes				
			01	02	03	04	05
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?						
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, entre outras)?						
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?						
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?						
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?						
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?						
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?						
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?						
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?						
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?						
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?						
12	Doenças ou mal formações congênicas ou hereditárias ?						
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?						
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?						
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?						
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?						
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?						
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?						
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?						
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?						
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?						
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?						
23	Obesidade mórbida?						
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?						
25	Alguma internação?						

26 Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.

	DEPENDENTE					
	TITULAR	01	02	03	04	05
PESO (Kg)						
ALTURA (m)						

\* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> e portador de doença crônica associada.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: IMC=Peso (em Kg) / Altura<sup>2</sup> (em metros).

Ao(s) proponente(s) que apresentar(em) doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) será facultada a opção, pelo proponente titular, por Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

### **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT**

Cobertura Parcial Temporária: período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

### **AGRAVO**

Acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

## **Resolução ANS/RN nº 20, de 12 de dezembro de 2002 Anexo II**

1 - No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:

a) Cobertura Parcial Temporária - CPT - o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

b) Agravo - Acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

5 - A OMISSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE DA QUAL O CONSUMIDOR SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DO PREENCHIMENTO DESSA DECLARAÇÃO, DESDE QUE COMPROVADA JUNTO À ANS, PODE ACARRETAR A SUSPENSÃO OU O CANCELAMENTO DO CONTRATO. NESSE CASO, O CONSUMIDOR SERÁ RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS REALIZADAS COM O TRATAMENTO DA DOENÇA OU LESÃO OMITIDA, A PARTIR DA DATA EM QUE TIVER RECEBIDO COMUNICADO OU NOTIFICAÇÃO DA OPERADORA ALEGANDO A EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE NÃO DECLARADA.

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## Seguro Saúde Individual/Familiar

# SulAmérica

associada ao ING 

Produto 342 G	Empresa	Proposta/Certificado nº
------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular							
02-Registro Geral	DV	Órgão emissor	-	Estado	Data de expedição	03-CPF do Titular	DV
04-Nome do Corretor						05-Código do Corretor	
06-Nome do Médico						07-Código do Médico	

**Tenho ciência de que a Seguradora está me oferecendo um médico orientador, sem custo adicional, para proceder a Entrevista Qualificada e que ainda, se for da minha vontade, posso procedê-la com um médico particular, da minha escolha, sob minhas expensas, podendo inclusive não utilizar esses recursos, por achar desnecessário e me julgar suficientemente capacitado para proceder o preenchimento da Declaração de Saúde sem orientação médica.**

**Declaro ainda, que tenho conhecimento do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".**

**Independentemente do auxílio do Médico Orientador, este formulário deve ser preenchido de próprio punho pelo Proponente. Não serão aceitas Declarações com rasuras.** "S" = SIM ou "N" = NÃO

ITEM	Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:	Titular	Dependentes				
			01	02	03	04	05
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?						
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, entre outras)?						
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?						
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?						
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?						
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?						
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?						
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?						
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?						
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?						
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?						
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias ?						
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?						
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?						
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?						
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?						
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?						
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?						
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?						
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?						
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?						
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?						
23	Obesidade mórbida?						
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?						
25	Alguma internação?						

26 Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.

	DEPENDENTE					
	TITULAR	01	02	03	04	05
PESO (Kg)						
ALTURA (m)						

\* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> e portador de doença crônica associada.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: IMC=Peso (em Kg) / Altura<sup>2</sup> (em metros).

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## Seguro Saúde Individual/Familiar

# SulAmérica

associada ao ING 

Produto 342 G	Empresa	Proposta/Certificado nº
------------------	---------	-------------------------

01-Proponente Titular	
02-Registro Geral DV Órgão emissor - Estado Data de expedição	03-CPF do Titular DV
04-Nome do Corretor	05-Código do Corretor
06-Nome do Médico	07-Código do Médico

**Tenho ciência de que a Seguradora está me oferecendo um médico orientador, sem custo adicional, para proceder a Entrevista Qualificada e que ainda, se for da minha vontade, posso procedê-la com um médico particular, da minha escolha, sob minhas expensas, podendo inclusive não utilizar esses recursos, por achar desnecessário e me julgar suficientemente capacitado para proceder o preenchimento da Declaração de Saúde sem orientação médica.**

**Declaro ainda, que tenho conhecimento do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".**

**Independentemente do auxílio do Médico Orientador, este formulário deve ser preenchido de próprio punho pelo Proponente. Não serão aceitas Declarações com rasuras.** "S" = SIM ou "N" = NÃO

ITEM	Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:	Titular	Dependentes				
			01	02	03	04	05
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?						
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, entre outras)?						
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?						
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?						
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?						
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?						
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?						
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?						
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?						
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?						
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?						
12	Doenças ou mal formações congênicas ou hereditárias ?						
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?						
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?						
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?						
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?						
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?						
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?						
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?						
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?						
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?						
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?						
23	Obesidade mórbida?						
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?						
25	Alguma internação?						

26 Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.

	DEPENDENTE					
	TITULAR	01	02	03	04	05
PESO (Kg)						
ALTURA (m)						

\* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> e portador de doença crônica associada.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: IMC=Peso (em Kg) / Altura<sup>2</sup> (em metros).

Ao(s) proponente(s) que apresentar(em) doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) será facultada a opção, pelo proponente titular, por Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

### **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT**

Cobertura Parcial Temporária: período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

### **AGRAVO**

Acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

## **Resolução ANS/RN nº 20, de 12 de dezembro de 2002 Anexo II**

1 - No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:

a) Cobertura Parcial Temporária - CPT - o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

b) Agravo - Acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

5 - A OMISSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE DA QUAL O CONSUMIDOR SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DO PREENCHIMENTO DESSA DECLARAÇÃO, DESDE QUE COMPROVADA JUNTO À ANS, PODE ACARRETAR A SUSPENSÃO OU O CANCELAMENTO DO CONTRATO. NESSE CASO, O CONSUMIDOR SERÁ RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS REALIZADAS COM O TRATAMENTO DA DOENÇA OU LESÃO OMITIDA, A PARTIR DA DATA EM QUE TIVER RECEBIDO COMUNICADO OU NOTIFICAÇÃO DA OPERADORA ALEGANDO A EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE NÃO DECLARADA.

---

**Após o preenchimento da 2ª  
(segunda) parte da Declaração de  
Saúde, verifique se todas as  
questões foram respondidas  
corretamente, bem como assinadas  
pelo Titular ou Responsável Legal,  
quando o Titular for menor de  
18 anos ou incapaz.**

---







## **CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE**

### **1. OBJETO DO SEGURO**

- 1.1** Respeitadas as Limitações dos Serviços Cobertos (item 4), os Serviços não Cobertos pelo Seguro (item 5) e todas as demais Condições Gerais e Particulares deste contrato, este seguro tem por objeto garantir ao segurado, para cada evento, o reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares, exceto para os serviços de Assistência 24 Horas, de acordo com o plano de seguro contratado, efetuadas com seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no seguro, junto a médico ou estabelecimento médico de sua livre escolha, no Brasil e no Exterior, em razão de doença, acidente pessoal ou gravidez.
- 1.2** A Abrangência Geográfica oficial deste seguro, com base na Lei n.º 9656/98 e sua Regulamentação, é NACIONAL.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1 Acidente Pessoal** - é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do segurado.
- 2.2 Agravo** - é o acréscimo no valor do prêmio, em decorrência das doenças ou lesões relacionadas pelo segurado na Declaração de Saúde, adotado como compensação pela não aplicação da Cobertura Parcial Temporária.
- 2.3 Carência** - é o período durante o qual, mesmo pagando o prêmio mensal, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.
- 2.4 Certificado do Seguro** - é o documento emitido pela Seguradora ao Segurado Titular que ratifica os termos do contrato de Seguro firmado.
- 2.5 Cobertura** - é a garantia, ao Segurado, de realização dos itens constantes no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

- 2.6 Cobertura Parcial Temporária** - é a suspensão da cobertura de Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses para a(s) Doença(s) e/ou Lesão(ões) Preexistente(s) declarada(s) pelo Proponente Titular ou seu responsável legal na Declaração de Saúde, com base no Índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data de realização do Evento.
- 2.7 Comprovante de validade do atendimento** - é o documento emitido pela Seguradora, utilizado pelo Segurado, para comprovar que a apólice de Seguro Saúde encontra-se em vigor.
- 2.8 Co-participação** - é a parte paga pelo Segurado pela realização de cada um dos procedimentos médicos e/ou hospitalares. A Co-participação pode ser estipulada em porcentagem ou em valor monetário, de acordo com o Plano contratado.
- 2.9 Corretor** - é o profissional autônomo ou a pessoa jurídica que, escolhido pelo segurado, está autorizado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP a intermediar e a angariar contratos de seguro. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do segurado, conforme previsto no Decreto-lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e na Lei n.º 4.594, de 29 de dezembro de 1964.
- 2.10 Data de Adesão** - é a data correspondente ao dia subsequente à quitação do primeiro prêmio mensal, na rede bancária.
- 2.11 Declaração de Saúde** - é o documento a ser apresentado à Seguradora junto da Proposta de Seguro, preenchido e assinado pelo Proponente Titular ou seu responsável legal com o auxílio ou não do Médico Orientador, onde serão relacionadas as suas condições de saúde e de seu(s) Dependente(s), especialmente em relação à(s) Doença(s) e/ou Lesão(ões) Preexistente(s).
- 2.12 Dependentes Seguráveis** - são considerados exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros e/ou adotivos do Segurado Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos de qualquer idade. Equiparam-se a filhos (as), enteado (a) e o (a) menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.
- 2.13 Doença(s) e/ou Lesão(s) Preexistente(s)** - são aquelas, inclusive as congênitas, que o(s) Proponente(s) ou seu responsável legal, saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es) na época de contratação/adesão do Seguro.
- 2.14 Emergência** - é o evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o segurado. Para a caracterização da emergência, a seguradora poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.
- 2.15 Inclusão de Segurado** - é a anuência, pela seguradora, do proponente e de seus dependentes à condição de segurados, através de suas inclusões na apólice.

- 2.16 Internação Hospitalar Cirúrgica** – é o período no qual o segurado fica hospitalizado para realizar um ato cirúrgico, compreendendo o pré-operatório, o ato cirúrgico e o pós-operatório.
- 2.17 Internação Hospitalar Clínica** - é o período no qual o segurado fica hospitalizado para tratamento de doenças que não exigem a realização de um procedimento cirúrgico.
- 2.18 Internação Hospitalar Programada** - é a internação hospitalar para tratamentos cirúrgicos ou não que, não sendo de urgência ou de emergência, podem ser programados com antecedência pelo médico assistente.
- 2.19 Leitos de Alta Tecnologia** – são aqueles que se destinam ao tratamento intensivo e especializado em Unidade ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva, Terapia Respiratória, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Terapia de Pacientes Queimados e Unidades de Isolamento.
- 2.20 Médico Orientador** - é o profissional médico indicado pela Seguradora para auxiliar o Proponente Titular ou seu responsável legal, no preenchimento da Declaração de Saúde, sua e de seu(s) Dependente(s), quando houver. É facultada ao Proponente Titular ou seu responsável legal a escolha de um Médico Orientador que não faça parte da relação fornecida pela Seguradora, arcando, neste caso, com as despesas, sem direito ao Reembolso.
- 2.21 Plano de Seguro** - é o conjunto de garantias relativas à assistência médica e/ou hospitalar disponibilizada pela Seguradora aos Segurados e seu(s) Dependente(s), que diferenciam-se quanto a: Padrão de Acomodação hospitalar e/ou Rede Referenciada, Múltiplos de Reembolso e Valor do Prêmio.
- 2.22 Prêmio do Seguro** - é a importância paga mensal e antecipadamente pelo segurado à seguradora, em moeda corrente nacional, para garantir o direito às coberturas estabelecidas nas Condições Gerais e Particulares, quando houver.
- 2.23 Procedimentos de Alta Complexidade** – são aqueles relacionados no índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data de realização do Evento.
- 2.24 Proponente** - é a pessoa física que propõe o seu ingresso e o de seu(s) dependente(s), quando houver, no seguro. Quando o Proponente for menor de 18 anos ou incapaz, caberá ao responsável legal propor seu ingresso no Seguro.
- 2.25 Proposta de Seguro** - é o documento formal, parte integrante do contrato, no qual o proponente expressa a intenção de ingressar no seguro saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, bem como informando à seguradora seus dados pessoais e de seus dependentes, se houver, junto da Declaração de Saúde preenchida e assinada.

**2.25.1** A Proposta de Seguro conterà, obrigatoriamente, as Condições Gerais do contrato de seguro. Caso o contrato contenha Condições Particulares, estas também constarão da Proposta de Seguro.

**2.26 Rede Referenciada** - é o conjunto de médicos especialistas, hospitais, prontos-socorros, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos especializados na área de medicina, disponibilizado pela Seguradora ao segurado.

**2.26.1** A Rede Referenciada tem por objetivo somente facilitar a utilização do seguro, cabendo ao segurado escolher livremente o profissional desejado, ciente de que a Seguradora considera apenas a sua habilitação legal, sem responsabilizar-se pela qualidade dos serviços prestados ou por qualquer ato doloso, culposo ou acidental por ele praticado.

**2.26.2** Sempre que o Segurado for assistido por instituições ou profissionais constantes da Rede Referenciada, a Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado o pagamento diretamente aos profissionais ou instituições pelos atendimentos realizados, observadas as Condições Gerais e Particulares do seguro, quando houver.

**2.26.3** A inclusão de profissionais, na Rede Referenciada, dependerá da concordância do prestador, como também da análise feita pela Seguradora, que decidirá soberanamente quanto à inclusão. **A exclusão ou substituição de profissionais médicos pessoa física e estabelecimentos, ocorrerá a pedido do prestador ou por iniciativa da seguradora, exceto os estabelecimentos hospitalares que respeitarão os critérios a seguir:**

**a) Por iniciativa do prestador;**

**b) Por iniciativa da seguradora, nos casos de substituição do prestador por outro equivalente, mediante comunicação prévia ao segurado e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência. Nos casos em que a exclusão ocorrer no período de internação do segurado será garantida a permanência do mesmo e o pagamento das despesas até a alta hospitalar;**

**c) Por iniciativa da seguradora, nos casos de exclusão do prestador, com autorização prévia e formal da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

**2.26.4** Ressalva-se do prazo previsto na letra "b", acima, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. E ainda, nessas situações, se ocorrer durante período de internação do segurado, fica garantida a remoção imediata para outro estabelecimento equivalente.

**2.26.5** A Rede Referenciada poderá sofrer alteração a qualquer época, **respeitando os critérios estabelecidos neste item, que é fundamentado pela Lei n.º 9656/98, no seu artigo 17.** No entanto, essas alterações estarão à disposição do segurado através da Central de Atendimento Saúde 24 Horas que poderá, a qualquer momento, fornecer informações atualizadas sobre a Rede Referenciada.

**2.27 Reembolso** - é o ressarcimento efetuado pela Seguradora ao segurado, das despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas por ele ou por seus dependentes segurados, desde que cobertas pelo seguro. O valor do reembolso será calculado de acordo com o estabelecido no subitem 9.6 destas Condições Gerais.

**2.28 Segurado** - é o proponente e seus dependentes aceitos e efetivamente incluídos no seguro.

**2.29 Segurado Titular** - é a pessoa que contrata o seguro com a seguradora, responsável pelos pagamentos dos prêmios do seguro e pela veracidade das declarações da Proposta de Seguro.

**2.30 Seguradora** - é a Sul América Cia. de Seguro Saúde S. A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar seguros de Assistência a Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº00624-6.

### **2.31 Tabela SulAmérica Saúde**

**2.31.1** É a relação de procedimentos médicos e/ou hospitalares estabelecidos em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos que servirá como base para o Reembolso das despesas realizadas com o tratamento do Segurado Titular ou seu(s) Dependente(s) incluído(s) no Seguro. Esta relação poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

**2.31.2** A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no 3º Cartório de Registros de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

**2.32 Unidade de Serviço (US)** – é o valor, expresso em moeda corrente nacional, que servirá como base de cálculo para determinação dos prêmios mensais e dos limites de reembolso dos serviços médicos e hospitalares, previstos nestas Condições Gerais e nas Condições Particulares, quando houver.

**2.33 Urgência** - é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional. Para caracterização desta situação, a seguradora poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.

## **3. SERVIÇOS COBERTOS PELO SEGURO**

Estão cobertas as despesas efetuadas pelo Segurado Titular ou seu(s) Dependente(s) no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), **na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**, observada a abrangência destas Condições Gerais.

Serão reembolsados ao segurado, quando este não optar por profissionais ou instituições constantes da Rede Referenciada, dentro dos limites do Plano de Seguro contratado, observando-se ainda, os Grupos de Carência (subitem 7.3), o Pagamento dos Prêmios (item 16) e os Serviços não Cobertos pelo Seguro (item 5), as despesas relativas a:

### **3.1 Internações Hospitalares, durante o período compreendido entre as datas de internação e da alta hospitalar:**

- a) diárias de internação do paciente segurado, por período determinado pelo médico assistente;
- b) serviços gerais de enfermagem;
- c) alimentação dietética do paciente;
- d) exames complementares, necessários ao controle da evolução da doença, realizados durante o período de internação hospitalar;
- e) medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusão e demais recursos terapêuticos utilizados durante o período de internação hospitalar;
- f) uso de centro cirúrgico, incluindo o material utilizado, de acordo com o porte cirúrgico;
- g) utilização de unidade de terapia intensiva, ou isolamento, pelo período determinado pelo médico assistente;
- h) remoção do paciente, por via terrestre, conforme estabelecido no subitem 4.4;
- i) sessões de quimioterapia anti-neoplásica e radioterapia, conforme solicitação e justificativa do médico assistente;
- j) diária de acompanhante de paciente segurado menor de 18 (dezoito) anos;
- k) os casos de clínica médica de urgência e emergência, desde que solicitados pelo médico assistente;
- l) estão cobertos os honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos, referentes às especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, realizados durante o período de internação, compreendendo os serviços prestados pelo médico assistente ou cirurgião, auxiliares, anestesista e instrumentador, previstos na Tabela SulAmérica Saúde, **em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, de acordo com o subitem 2.31.**

Os segurados candidatos a transplante de órgãos, provenientes de doador morto, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, **conforme Lei n.º 9656/98**, e estarão sujeitos ao critério de fila única de espera e de seleção. **Serão garantidas as despesas assistenciais com doadores vivos.**

### **3.2 Internações Psiquiátricas**

#### **3.2.1 Despesas hospitalares decorrentes de tratamento de transtornos psiquiátricos em situações de crise:**

- a) Até 30 (trinta) dias de internação, consecutivos ou não, por ano de vigência, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral;**
- b) Até 8 (oito) semanas anuais, por ano de vigência, não cumulativos, para tratamento em regime de Hospital-Dia;**

**c) Até 180 (cento e oitenta) dias, por ano de vigência, não cumulativos, para tratamento em regime de Hospital-Dia, no caso dos seguintes diagnósticos, conforme Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados Com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde:**

**c.1) Transtornos Mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09);**

**c.2) Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 a F29);**

**c.3) Retardo Mental (F70 a F79);**

**c.4) Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência (F90 a F98).**

**3.2.2 Despesas hospitalares decorrentes de tratamento por dependência química até 15 (quinze) dias de internação, por ano de vigência, não cumulativos, em hospital geral.**

**3.2.3 Haverá Co-Participação do Segurado, correspondente a 50% (cinquenta por cento) das despesas cobertas a partir do 1º dia subsequente aos prazos definidos nos subitens 3.2.1 alínea a, e 3.2.2 acima, dentro de um mesmo ano de vigência do seguro.**

### **3.3 atendimentos Ambulatoriais**

#### **3.3.1 Consultas Médicas**

Consultas médicas em número ilimitado, realizadas por profissionais legalmente habilitados, desde que em especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

#### **3.3.2 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia**

Desde que os serviços de diagnose (exames) e terapia (tratamento) tenham sido solicitados pelo médico assistente, respeitados os Serviços não Cobertos pelo Seguro, descritos no item 5 destas Condições Gerais.

#### **3.3.3 Outros Serviços Ambulatoriais**

a) cirurgias de pequeno porte, que dispensem internação hospitalar ou atendimento em pronto-socorro, desde que em especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados exclusivamente no transcorrer do atendimento ambulatorial, observado o disposto nos subitens 5.10 e 5.11;

c) remoções em ambulância, por via terrestre, conforme estabelecido no subitem 4.4.

### **3.4 Doenças ou Lesões Preexistentes**

**3.4.1 Para as doenças e/ou lesões preexistentes declaradas e todas as doenças a elas relacionadas, o segurado poderá optar pela Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.**

**3.4.2 A opção pela Cobertura Parcial Temporária, implica na suspensão da cobertura de Eventos cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia (subitem 2.19) e Procedimentos de Alta Complexidade (subitem 2.23), pelo período de até 24 (vinte e quatro) meses.**

**3.4.3 Para as patologias psiquiátricas preexistentes, exceto as decorrentes do uso de substâncias químicas, o período de Cobertura Parcial Temporária será de 6 (seis) meses.**

**3.4.4 A opção pelo agravo implica em acréscimo no valor do Prêmio mensal. No entanto, a cobertura de Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade, obedecerá apenas os períodos de carência estabelecidos no subitem 7.3, destas Condições Gerais.**

**3.5** Antes do recebimento do Cartão de Identificação e do Livro da Rede Referenciada (até 30 dias após a data de adesão), todos os tratamentos, inclusive os decorrentes de emergência e urgência, serão pagos através de reembolso, dentro dos limites do Plano de Seguro contratado, de acordo com o estabelecido no item 9.

#### **4. LIMITAÇÕES DOS SERVIÇOS COBERTOS**

**4.1 Parto - o evento parto termina com a alta hospitalar dada à parturiente. Nos casos em que o recém-nascido tiver necessidade de atendimento, com justificativa em relatório médico, esta cobertura será garantida por um período máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de nascimento.**

**4.2 Internação Hospitalar Clínica - 1 (uma) visita médica hospitalar por dia de internação e 1 (um) médico por especialidade, exceto para casos justificados por relatório médico.**

**4.3 Psicoterapia de Crise - duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de vigência.**

**4.4 Remoção do Segurado – só será coberta quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, subitem 1.2 e, respeitado ainda, o estabelecido no subitem 6.5.**

#### **5. SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO SEGURO**

**Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas abaixo relacionadas:**

**5.1 Casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

- 5.2 Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- 5.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;**
- 5.4 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 5.5 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência médica domiciliar, consulta domiciliar e *Home Care*, mesmo que as condições do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 5.6 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional;**
- 5.7 Aparelhos ortopédicos;**
- 5.8 Cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Seguro e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que tenha se manifestado após a data de adesão do Seguro e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico. E para os casos ocorridos anteriormente à vigência do Seguro, após cumpridos os prazos de carência e cobertura parcial temporária;**
- 5.9 Tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescência e suas conseqüências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, SPAs, ou similares;**
- 5.10 Curativos e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de Internação Hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;**
- 5.11 Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental competente;**
- 5.12 Vacinas e autovacinas;**
- 5.13 Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; vasectomia com finalidade de anti-concepção; laqueadura e suas reversões, dispositivos anticonceptivos e provas de paternidade;**

- 5.14 Internações clínicas ou cirúrgicas e procedimentos de diagnose e terapia não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;**
- 5.15 Check-up (ou seja, solicitação de exames sem que o Segurado apresente doença ou sintoma);**
- 5.16 Aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de Internação Hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade;**
- 5.17 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar, durante Internação Hospitalar, tais como: jornais, TV, telefone, frigobar e estacionamento;**
- 5.18 Qualquer despesa com acompanhantes, exceto para os casos previstos no subitem 8.2;**
- 5.19 Remoção para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos não cobertos por este Seguro; Remoções por via aérea ou marítima;**
- 5.20 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- 5.21 Tratamentos e/ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal;**
- 5.22 Procedimentos médico-hospitalares para os quais o Segurado ainda esteja em período de Carência ou sob Cobertura Parcial Temporária, ressalvados os casos da cobertura de Emergência e Urgência de que trata o item 7.4;**
- 5.23 Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos para transplante;**
- 5.24 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos Médicos, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data de realização do Evento.**

## **6. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS**

**A realização dos procedimentos médicos-hospitalares relacionados a seguir dependerá de prévia autorização da seguradora, com as respectivas justificativas e indicações médicas:**

- 6.1 Internações:** clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

**6.2 Serviços Auxiliares de diagnose**, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, "tilt tests" e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não).

**6.3 Serviços auxiliares de terapia**, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia neoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia de crise (por sessão), monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

**6.4 Serviços Ambulatoriais**, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme grau estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde – ANS à época da realização do evento.

#### **6.5 Remoções.**

##### **Notas:**

**a) Não serão reembolsadas despesas relacionadas com procedimentos descritos no item 6 sem a prévia e expressa autorização da seguradora.**

**b) As autorizações prévias efetuadas, para procedimentos referentes a doenças e/ou lesões preexistentes no período de cobertura parcial temporária, não garantem coberturas para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.**

#### **7. PRAZOS DE CARÊNCIA**

**7.1** Os direitos adquiridos, após o cumprimento dos prazos de carência, terão sua continuidade assegurada, **desde que observadas as condições estabelecidas nos subitem 16.4 e 16.5.**

**7.2** Não é permitido ao segurado efetuar o pagamento antecipado dos prêmios mensais do seguro, para fins de cumprimento dos prazos de carência previstos no subitem 7.3 destas Condições Gerais.

### 7.3 Grupos de Carência

A seguir estão especificados os prazos de aquisição de direitos, desde que cobertos pelo plano de seguro, conforme descrito no item 3.

<b>Grupo de Carência</b>	<b>Aquisição de Direito</b>	<b>Serviços Médicos e Hospitalares</b>
<b>0</b>	A partir da 0 (zero) hora da data de adesão	Casos de acidentes pessoais, ocorridos a partir da data de adesão, terão cobertura imediata.
	A partir de 24 (vinte e quatro) horas da data de adesão	Casos de emergência e os de urgência relacionados à complicação do processo gestacional (subitens 2.14 e 2.33) terão cobertura conforme descrito no subitem 7.4 durante o período compreendido entre a data de aquisição de direito, descrita neste grupo de carência, até o término dos períodos de carência descritos nos grupos de carência 1, 2, 3, 4, 5 e 6.
<b>1</b>	A partir de 15 (quinze) dias da data de adesão	Além do direito acima, o segurado poderá realizar consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose e terapia, em regime externo, constantes da Tabela SulAmérica Saúde, exceto os serviços descritos nos itens subseqüentes.
<b>2</b>	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Além dos procedimentos descritos acima, o segurado terá direito a: internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, "tilt tests" e seus derivados, ressonância magnética, Medicina Nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo plano, exceto os descritos para os grupos de carência 3, 4, 5 e 6.
<b>3</b>	A partir de 300 (trezentos) dias da data de adesão	Além dos serviços descritos nos grupos de carência 0, 1, 2, 4, 5 e 6, a segurada terá cobertura para parto a termo.
<b>4</b>	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Além dos serviços descritos nos grupos de carência 0, 1 e 2 o segurado terá direito a coberturas para: transplantes, implantes; próteses e órteses ligadas a ato cirúrgico e as sem finalidade estética.
<b>5</b>	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Além dos serviços descritos nos grupos de carência 0, 1, 2 e 4 o segurado terá direito a internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia (respeitado o estabelecido no subitem 6.4), acupuntura, psicoterapia de crise e obesidade mórbida.
<b>6</b>	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Além dos serviços descritos nos grupos de carência 0, 1, 2, 4 e 5 o segurado terá direito a cobertura para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids e quaisquer doenças dela decorrente.

## **7.4 Emergências e Urgências durante os Períodos de Carência**

**7.4.1 Nos casos de emergência ou urgência, conforme descritos nos subitens 2.14 e 2.33, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no subitem 7.3 inclusive para as eventuais doenças ou lesões preexistentes declaradas, o segurado terá a cobertura ambulatorial assegurada de até 12 (doze) horas de atendimento.**

**7.4.2 Caso seja necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou urgência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do segurado, não cabendo nenhum ônus à seguradora.**

**7.4.3 Para os casos decorrentes de acidente pessoal, o segurado terá também direito à assistência hospitalar, se necessário.**

**7.4.4** A seguradora fica responsável pela remoção do paciente após a realização do atendimento, classificado como emergência ou urgência, exclusivamente quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos técnicos oferecidos pela unidade que prestou o atendimento para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação quando o segurado não tiver direito a esta. A remoção será para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

**7.4.5** Quando o segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no subitem 7.4.4, a seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**7.4.6 Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a seguradora deste ônus.**

## **8. PLANOS DE SEGURO E PADRÕES DE ACOMODAÇÃO**

### **8.1 Planos de Seguro**

**8.1.1** No ato do preenchimento da Proposta de Seguro, o proponente elegerá um dos seguintes planos de seguro: Básico, Especial, Executivo e Máximo. Estes planos diferenciam-se em função de: Padrão de Acomodação, Múltiplo de Reembolso, Rede Referenciada e Valor do Prêmio de seguro.

**8.1.1.1 A Rede Referenciada poderá ser alterada, a qualquer tempo, de acordo com o estabelecido no subitem 2.26.5.**

## **8.2 Padrões de Acomodação**

**8.2.1** De acordo com o plano de seguro escolhido pelo proponente, os tipos de acomodação a serem utilizados, no caso de internação hospitalar, são:

**8.2.2** Plano de Seguro Básico: internação em quarto coletivo ou enfermaria, com direito a diária para acompanhante, exclusivamente se o paciente segurado for menor de 18 anos.

**8.2.3** Demais Planos de Seguro: internação em apartamento ou quarto individual, se existente, com direito a acompanhante.

**8.2.4** No caso de utilização do sistema de Livre Escolha com Reembolso, o segurado optará pelo padrão de acomodação que for mais conveniente, respeitando os limites de reembolso do plano de seguro contratado.

## **9. REEMBOLSO**

O segurado será reembolsado das despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes, quando não utilizar a Rede Referenciada, ou seja, quando optarem pela Livre Escolha, de acordo com o estabelecido a seguir:

### **9.1 Diárias Hospitalares**

Os valores pagos ao segurado, a título de reembolso, serão calculados de acordo com a fórmula expressa no subitem 9.6, destas Condições Gerais.

a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardíaco-respiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

### **9.2 Taxas de Sala**

Os valores pagos ao segurado, a título de reembolso, serão calculados de acordo com a fórmula expressa no subitem 9.6, destas Condições Gerais.

a) as taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) as taxas de sala cirúrgica incluem: utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) as demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) as taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

### 9.3 Medicamentos e Materiais Cirúrgicos

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do Guia Farmacêutico Brasíndice, vigente na data de sua utilização. Medicamentos e materiais não constantes no referido guia serão reembolsados com base na tabela SIMPRO. Os materiais não constantes de ambos os guias serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda no mercado.

### 9.4 Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, de acordo com a fórmula expressa no subitem 9.6, obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento. Também deverão ser obedecidas as Instruções Gerais constantes da Tabela SulAmérica Saúde.

### 9.5 Múltiplos de Reembolso

Plano de Seguro	Segurado Não Internado		Segurado Internado	
	Consultas Médicas	Diagnose / Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos, Diárias e Despesas Hospitalares	SADT
Básico	1,0	1,0	1,0	1,0
Especial	1,0	1,0	2,0	1,0
Executivo	4,0	4,0	6,0	4,0
Máximo	8,0	8,0	20,0	8,0

SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

9.6 O valor do reembolso, em moeda corrente nacional, para um determinado procedimento é obtido através da seguinte fórmula:

**(Quantidade de US<sup>(\*)</sup> x Múltiplo de Reembolso x Valor da US<sup>(\*\*)</sup> na data do atendimento) x Quantidade de vezes que o procedimento foi realizado**

(\*) Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado.

(\*\*) Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar.

9.6.1 O valor do reembolso não pode sob nenhuma hipótese ser superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado para as respectivas despesas.

- 9.7** No caso de internação psiquiátrica, após o cálculo previsto no subitem 9.6, será deduzido o valor de co-participação, de acordo com o subitem 3.2.3.
- 9.8** O reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares realizadas no Exterior será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial, vigente na data do atendimento.
- 9.9** O prazo para reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares é de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que a seguradora recebe a documentação adequada, solicitando o referido reembolso.
- 9.10** Ainda que o segurado tenha, na mesma seguradora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, pois, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior Plano de Seguro, perdendo o segurado o excesso de prêmios eventualmente pagos.

## **10. ACEITAÇÃO OU INCLUSÃO DE SEGURADOS**

- 10.1 O proponente passará à condição de segurado a partir da data de adesão do seguro contratado, respeitadas as regras para doenças e/ou lesões preexistentes, ou seja, cobertura parcial temporária ou agravo.**
- 10.2** O proponente que não tenha utilizado o seguro num prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da quitação bancária do primeiro prêmio, poderá desistir do seguro proposto. Neste caso, a seguradora efetuará a devolução dos prêmios pagos.
- 10.3** O segurado poderá incluir neste seguro os seus dependentes, pagando o prêmio de acordo com a faixa etária. A inclusão de dependentes só será aceita pela seguradora mediante a apresentação do formulário de Inclusão de Dependentes, com a Declaração de Saúde devidamente preenchida e assinada pelo segurado titular, e de documento que comprove a dependência, de acordo com o definido no subitem 2.12.
- 10.4** Os dependentes incluídos na apólice também cumprirão os prazos de carência do subitem 7.3 destas Condições Gerais.
- 10.5** O filho, cujo parto tenha sido coberto, poderá ser incluído no seguro sem cumprimento dos prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo no prazo de até 30 (trinta) dias após o seu nascimento, observando-se as exclusões e limitações previstas nestas Condições Gerais.
- 10.6** O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído no seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo segurado adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção.
- 10.7** A seguradora reserva-se o direito de exigir, **no momento da admissão ao seguro**, exame ou perícia médica do proponente ou de seu(s) dependente(s), arcando com todas as despesas necessárias.

## **11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

- 11.1** A vigência do seguro é de 12 (doze) meses, contados a partir da zero hora da data de adesão, respeitando-se os prazos de carência e sem prejuízo do disposto no item 10 - Aceitação ou Inclusão de Segurados.
- 11.2** O seguro será renovado automaticamente, por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, salvo manifestação contrária, por escrito, do segurado titular.
- 11.3** Desde que o segurado cumpra todas as suas obrigações contratuais, a seguradora manterá este contrato em vigor por um período mínimo igual ao dobro do maior prazo de carência, especificado no subitem 7.3, contado desde a data de adesão.

## **12. ANULAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO**

### **12.1 Anulação do Seguro**

**Conforme estabelecido no Artigo 766 do Código Civil, "se o segurado , por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido". Neste caso o seguro será anulado, sem que o Segurado tenha direito à devolução dos prêmios pagos.**

### **12.2 Cancelamento do Seguro**

**O seguro estará cancelado independentemente de notificação e/ou interpelação judicial e sem direito à indenização, nos seguintes casos:**

- a) tentativa de impedir ou dificultar qualquer tipo de exame ou diligência necessários a resguardar os direitos do segurado ou da seguradora;**
- b) infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, seu dependente ou seu corretor, com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro;**
- c) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, observado o disposto nos subitens 16.4 e 16.5;**
- d) a pedido do segurado, desde que manifeste este desejo através de solicitação formal, por escrito, à seguradora.**

## **13. TABELA DE PRÊMIOS MENSAIS**

A tabela de prêmios da seguradora está expressa em Reais cujos valores, por segurado, variam de acordo com o plano contratado e sua faixa etária.

O proponente, no momento da assinatura da proposta, recebe a tabela de prêmios expressa em moeda corrente nacional contendo os valores vigentes na data de adesão.

**13.1** Dependendo da doença declarada pelo proponente na Declaração de Saúde, o prêmio do seguro poderá ser agravado.

Será sempre prerrogativa do proponente a escolha entre o ingresso no seguro, com o prêmio agravado ou com Cobertura Parcial Temporária. Esta opção deverá estar definida e assinada pelo proponente na Proposta de Seguro.

### **13.2 Variação dos Prêmios por Mudança de Faixa Etária**

Sempre que ocorrer alteração na idade do segurado, de forma a enquadrá-lo em outra faixa etária, o prêmio mensal será aquele correspondente à nova faixa etária, a partir do mês em que o segurado ou seu(s) dependente(s) fizer(em) aniversário.

A seguir estão indicados os percentuais de aumento dos prêmios de seguro, em decorrência de mudança de faixa etária.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>BÁSICO</b>	<b>ESPECIAL</b>	<b>EXECUTIVO</b>	<b>MÁXIMO</b>
0 A 18 ANOS	0	0	0	0
DE 19 A 23 ANOS	34,70%	34,70%	34,70%	34,70%
DE 24 A 28 ANOS	6,98%	6,98%	6,98%	6,98%
DE 29 A 33 ANOS	7,52%	7,52%	7,52%	7,52%
DE 34 A 38 ANOS	8,02%	8,02%	8,02%	8,02%
DE 39 A 43 ANOS	14,94%	14,94%	14,94%	14,94%
DE 44 A 48 ANOS	27,35%	27,35%	27,35%	27,35%
DE 49 a 53 ANOS	25,74%	25,74%	25,74%	25,74%
DE 54 A 58 ANOS	22,12%	22,12%	22,12%	22,12%
DE 59 ANOS OU MAIS	59,80%	59,80%	59,80%	59,80%

**13.2.1** No caso de opção pelo agravo do prêmio de seguro, os percentuais de reajuste, anteriormente estabelecidos, serão aplicados aos prêmios já agravados.

### **14. REAJUSTE TÉCNICO DO PRÊMIO**

Periodicamente, os prêmios serão recalculados dentro dos critérios técnico-atuariais de análise de risco, e sempre que houver necessidade de reajuste, este só será efetivado após aprovação pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e aplicado no mês subsequente ao da sua aprovação.

### **15. REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO**

O valor da US será reajustado anualmente, no mês de renovação do Seguro, **mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS**, com base no índice resultante da variação dos custos dos procedimentos médico-hospitalares, inclusive diárias, taxas, materiais e medicamentos, da variação dos salários pagos pela Seguradora, comprovada através de acordos, convenções, dissídios coletivos ou decorrente da política salarial oficial e da variação dos custos das despesas gerais, calculada pelo índice Geral de Preços do Mercado -IGPM, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.

**15.1** As variações acima, serão auditadas por Empresa de Auditoria Independente.

## **16. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS**

- 16.1** Após a aceitação da proposta, os prêmios de seguro serão cobrados através de carnês remetidos pelo correio, que deverão ser pagos na rede bancária, nas datas de seus vencimentos.
- 16.2** Os prêmios subseqüentes ao primeiro terço, como data de vencimento, o mesmo dia em que foi feito o pagamento do primeiro prêmio. Caso a data destes vencimentos coincida com dias em que não haja expediente bancário o seu pagamento deverá ser feito no 1º dia útil subseqüente.
- 16.3** Nenhum pagamento de prêmio será reconhecido pela seguradora se o segurado não apresentar comprovante de quitação, devidamente autenticado por estabelecimento bancário.
- 16.4** O atraso no pagamento de qualquer prêmio mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro de acordo com o subitem 12.2, alínea "c" destas Condições Gerais.
- 16.5** **A suspensão ou a rescisão unilateral do Seguro, salvo por fraude ou não pagamento do Prêmio por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do Seguro, ocorrerá somente mediante notificação ao Segurado até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência.**
- 16.5.1** **O não pagamento da parcela em atraso, até a data estabelecida no documento de cobrança, será entendido como opção do segurado pelo cancelamento do seguro.**
- 16.6** **O pagamento de prêmio mensal não quita débitos anteriores. O segurado só terá direito aos benefícios do seguro se efetuar a quitação dos prêmios em aberto.**
- 16.7** **O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção diária, calculada com base em índice oficial.**

## **17. ASSISTÊNCIA 24 HORAS**

O SulAmérica Saúde coloca à disposição de seus segurados, residentes e domiciliados no Brasil, no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio, e que impeçam sua locomoção, os serviços da Assistência 24 Horas descritos a seguir.

Os serviços da Assistência 24 Horas deverão ser, obrigatoriamente, solicitados à Central de Atendimento Saúde 24 Horas, não cabendo em nenhuma hipótese, a utilização do sistema de livre escolha com reembolso de despesas.

### **17.1 Serviços prestados no Brasil, para todos os planos de seguro disponíveis, e no Exterior (exceto nos países em estado de guerra ou instabilidade política notória), somente para os segurados de planos Executivo e Máximo.**

#### **a) Remoção do segurado**

Se em caso de doença ou acidente, após os primeiros-socorros terem sido prestados, for verificada a necessidade de remoção para hospital melhor equipado ou para o domicílio, a Assistência 24 Horas organizará os contatos entre sua equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o segurado estiver para realizar a remoção.

**Nenhum outro motivo, que não o da estrita conveniência médica poderá determinar a remoção do segurado, bem como a escolha do meio de transporte. A remoção terá início após o recebimento da liberação formal e por escrito do médico responsável ou do serviço hospitalar do local onde o segurado estiver hospitalizado.**

Se a decisão médica for remover o segurado para hospital melhor equipado, a Assistência 24 Horas contratará e assumirá as despesas com o traslado até o estabelecimento de saúde mais próximo, com infra-estrutura adequada, cabendo ao familiar ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade de vaga no hospital de destino.

A remoção do segurado será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que prestou os primeiros-socorros. O trajeto até o hospital de destino, não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e o município de residência do Segurado Titular.

As despesas médicas de hospitalização, diagnose, terapia e medicamentos, não cobertas pelo Seguro Saúde, correrão por conta do segurado.

#### **b) Retorno de acompanhantes**

Caso o(s) acompanhante(s) do segurado fique(m) impossibilitado(s) de retornar ao(s) seu(s) domicílio(s), pelo meio de transporte utilizado pelo segurado, ou naquele em que se encontravam, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno.

**c) Acompanhante em caso de hospitalização do segurado, por período superior a 5 (cinco) dias.**

Caso o Segurado fique hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias e necessite de acompanhante, serão fornecidas passagens de ida e volta, pelo meio de transporte à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo segurado, que resida e se encontre no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização.

**O percurso coberto pela passagem não poderá ser superior à distância entre o domicílio do segurado e o local em que estiver hospitalizado.**

**d) Hospedagem do Acompanhante.**

Se, em caso de doença súbita ou acidente, o Segurado for hospitalizado por período superior a 5 (cinco) dias e fizer jus ao serviço de Acompanhante, conforme item c, acima, a Assistência 24 Horas assumirá os gastos com a hospedagem desse acompanhante por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis.

**A hospedagem não inclui quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100,00 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.**

**e) Prolongamento da Estada**

Se, em caso de doença súbita ou acidente e imediatamente após a alta hospitalar, for recomendada a permanência do Segurado na cidade de hospitalização, por razões estritamente médicas, a Assistência 24 Horas providenciará hospedagem por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis. A recomendação deverá ser justificada através de relatório do médico responsável e confirmada pela equipe médica da Assistência 24 Horas.

**A hospedagem não inclui quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100,00 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.**

**f) Remoção em caso de falecimento do segurado**

Se, em virtude de doença ou acidente, o segurado vier a falecer, a Assistência 24 Horas arcará com as despesas do traslado do corpo até a cidade de seu domicílio, estando incluído na remoção o fornecimento de urna simples, apropriada para o traslado.

**O percurso de remoção não deverá ser superior à distância entre o local do evento e o município do domicílio do segurado.**

**g) Retorno antecipado do segurado ao seu domicílio**

A Assistência 24 Horas fornecerá passagem de avião de linha regular, em classe econômica, ou de qualquer meio de transporte mais adequado, para que o segurado retorne ao seu domicílio, caso tenha que interromper sua viagem, em razão de morte súbita do seu cônjuge, filhos, pais ou irmãos.

#### **h) Bagagem**

Se a bagagem do segurado extraviar-se, durante o período em que estiver sob a responsabilidade da empresa de aviação, a Assistência 24 Horas não poupará esforços visando a sua recuperação.

#### **i) Motorista substituto no Brasil**

Caso o segurado fique impossibilitado de dirigir, segundo recomendação médica, e não haja acompanhante que possa fazê-lo, a Assistência 24 Horas providenciará um motorista para conduzir o veículo ao seu domicílio.

**Esse serviço será prestado exclusivamente no Território Nacional, inclusive para os segurados dos planos Executivo e Máximo e somente se o veículo do segurado estiver em condições de trafegar, conforme exigências das normas oficiais de trânsito.**

Correrão por conta da Assistência 24 Horas apenas a remuneração do motorista e suas respectivas despesas de alimentação e hospedagem, se necessário.

#### **j) Reembolso de tarifa por Passagem Perdida**

Se, em caso de doença súbita ou acidente em viagem e por razões estritamente médicas, o Segurado for obrigado a alterar a data de retorno de sua viagem, possuindo bilhete aéreo com data ou limitação de regresso, a Assistência 24 Horas reembolsará as despesas referentes à diferença de tarifa.

**O reembolso será efetuado ao Segurado, mediante comprovante de pagamento à empresa aérea e apresentação de laudo médico comprovando a impossibilidade de embarque na data prevista anteriormente.**

### **17.2 Serviços prestados exclusivamente aos Segurados de Planos Executivo e Máximo.**

#### **a) Retorno do Exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos**

Em caso de falecimento ou hospitalização do segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do segurado, menores de 14 anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

#### **b) Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no Exterior**

Se o segurado precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares, superiores a US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao Exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos).

**O segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.**

**O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.**

### **c) Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal**

Se o segurado, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no Exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos), desde que as despesas ultrapassem US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos).

**O segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.**

**O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.**

### **d) Orientação em Caso de Perda de Documentos**

Se o Segurado Titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

## **17.3 Delimitação dos Serviços Prestados**

a) os transportes, remoções e viagens fornecidos não compreenderão distância superior à existente entre o domicílio do segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado o pedido de assistência.

b) o serviço de retorno ao domicílio após alta hospitalar só será fornecido até 30 (trinta) dias após a alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do assistido.

## **17.4 Exclusões dos Serviços da Assistência 24 Horas**

**Os serviços da Assistência 24 Horas, anteriormente descritos, não serão prestados nos seguintes casos:**

**a) se a viagem tiver duração superior a 60 (sessenta) dias consecutivos;**  
**b) em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após o sexto mês;**

**c) serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do Médico Assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do Segurado;**

**d) em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;**

**e) recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou segurados em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;**

**f) hospitalização para tratamento estético;**

**g) suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo segurado;**

**h) alpinismo com escalada, caça a animais perigosos, uso de armas de fogo, pesca submarina, esportes perigosos, espeleologia, competição esportiva ou treino preparatório com veículos aéreos, terrestres e aquáticos;**

- i) guerra civil ou estrangeira, tumulto ou movimentos populares, greves, atos de terrorismo ou sabotagem, manifestações de radioatividade, bem como casos fortuitos ou de força maior;**
- j) viagem contra-indicada em razão do estado de conservação das vias e/ou dos meios de transporte, excesso de passageiros ou viagem para locais de difícil acesso e sem infra-estrutura;**
- k) Transportes, remoções e viagens com distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado a solicitação do serviço.**

## **17.5 Responsabilidades**

A seguradora não se responsabilizará por serviços que não foram solicitados, ou que não tenham sido por ela prévia e expressamente autorizados, não respondendo, em hipótese nenhuma, por indenizações ou prejuízos que o terceiro contratado, diretamente, possa causar ao segurado, seja a que título for.

## **18. DIVERGÊNCIAS MÉDICAS**

- 18.1** As divergências médicas sobre o direito às coberturas do seguro, serão dirimidas por perícia médica composta de três membros, sendo: um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 18.2** Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da sociedade médica sediada na localidade.
- 18.3** Cada parte contratante pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela seguradora.

## **19. REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES**

**O segurado tem ciência de que a seguradora poderá a qualquer tempo, através de um profissional médico indicado por ela, consultar qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a cobertura garantida por este seguro.**

## **20. RECLAMAÇÕES**

Para os casos em que o segurado venha a ter alguma reclamação a respeito dos processos operacionais, valores de reembolso ou atendimento a ele prestado, a seguradora coloca à sua disposição, a Central de Atendimento Saúde 24 Horas, através do nº de telefone impresso no verso de seu Cartão de Identificação.

## **21. FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado titular para dirimir qualquer dúvida ou impetrar demandas judiciais a respeito do presente contrato.

## **22. REMISSÃO DO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS POR MORTE DO SEGURADO**

Em caso de falecimento do segurado titular na vigência do contrato de seguro seus dependentes ativos na apólice no dia imediatamente anterior ao do falecimento e especificados no subitem 22.1, permanecerão com as coberturas contratadas pelo prazo de 5 (cinco) anos, desobrigados de qualquer pagamento, desde que:

- a) o segurado, na data do falecimento, já tenha cumprido os prazos previstos no subitem 7.3 das Condições Gerais do Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar para a aquisição de direitos relativamente ao evento causador de sua morte;
- b) o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este seguro;
- c) todos os prêmios mensais com vencimento anterior à data do falecimento tenham sido pagos.

**22.1** Para fins de benefícios decorrentes desta cobertura, consideram-se dependentes do segurado falecido apenas o cônjuge, os filhos solteiros de até 24 anos completos e os filhos inválidos de qualquer idade. Os demais segurados poderão transferir-se para outra apólice da mesma modalidade e nível de cobertura do Seguro Saúde, na qual serão considerados os prazos previstos no subitem 7.3.

**22.2** Os dependentes especificados no subitem 22.1 que, na época do falecimento do segurado, não tiverem cumprido os prazos previstos no subitem 7.3, somente terão direito a cobertura do seguro à medida que forem cumprindo estes prazos e não serão aceitos novos segurados durante o período de remissão.

**22.3** No decurso dos cinco anos da remissão prevista neste item, o dependente que perder as condições que o caracterizam como tal perderá a gratuidade, mas poderá contratar novo seguro com as mesmas condições aproveitando os prazos previstos no subitem 7.3, cumpridos anteriormente, desde que não haja solução de continuidade na cobertura do seguro.

**22.4** Após o decurso dos cinco anos da remissão, os dependentes poderão transferir-se para outras apólices nas mesmas condições desta e com os custos vigentes na época em que se der a transferência aproveitando os prazos previstos no subitem 7.3 anteriormente cumpridos, desde que não haja solução de continuidade na cobertura do seguro.

## **MANUAL DE UTILIZAÇÃO**

O objetivo deste manual é esclarecer e orientar sobre a correta utilização do seu seguro de Assistência à Saúde.

É importante citar que qualquer atendimento referente à cobertura médica somente será possível mediante a apresentação do Cartão de Identificação, do comprovante de validade do atendimento e um documento de identidade.

No caso de exclusão ou demora em marcar um atendimento, o segurado deverá escolher outro prestador da mesma especialidade ou, ainda, poderá optar pelo sistema de Livre Escolha, procurando um médico não referenciado e solicitando o reembolso das despesas, observados os limites de reembolso e demais Condições Gerais e Particulares do seguro.

**AS INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES AQUI REPRODUZIDAS DEVERÃO SER OBSERVADAS COM A MAIOR ATENÇÃO, POIS POSSIBILITARÃO UM PERFEITO ATENDIMENTO A VOCÊ E AOS SEUS DEPENDENTES.**

## **1. FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS COBERTOS PELO SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

### **1.1 Utilização da Rede Referenciada**

Qualquer atendimento somente será possível mediante a apresentação do Cartão de Identificação, do comprovante de validade do atendimento e um documento de identidade.

#### **a) Consultas médicas**

As consultas deverão ser feitas apenas em consultório ou em clínicas especializadas. Apenas o médico poderá fazer o encaminhamento a um hospital ou laboratório, quando for o caso.

O segurado deverá escolher o profissional indicado para o caso. Havendo dúvida sobre a especialidade a ser consultada, o segurado deverá procurar um Clínico Geral, o qual indicará o especialista correto.

O segurado deverá ligar para o consultório do médico escolhido, informando ser cliente do Sul América Saúde, e marcar a consulta. Na data marcada, o segurado deverá apresentar-se com o Cartão de Identificação, comprovante de validade do atendimento e um documento de identidade.

Por consulta realizada, o segurado deverá assinar apenas uma linha do formulário de atendimento.

Ao marcar uma consulta ou exame, o segurado assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer deve ligar, antecipadamente, liberando o seu horário, para evitar prejuízo ao profissional e outros pacientes.

#### **b) Exames especializados ou tratamentos complementares**

O segurado deverá ligar para o laboratório ou clínica de sua preferência e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico. Na data marcada, o segurado deverá apresentar-se com o Cartão de Identificação, comprovante de validade do atendimento, um documento de identidade, a requisição médica para o procedimento e, se for o caso, a autorização prévia fornecida pela seguradora.

#### **c) Pequenas cirurgias - atendimento ambulatorial**

Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial. O procedimento é o mesmo estabelecido para consultas médicas.

#### **d) Internações programadas**

As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, deverão ter encaminhamento do médico, o qual indicará, em impresso próprio (receituário), o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação. Para a internação deverão ser apresentados o Cartão de Identificação, o comprovante de validade de atendimento, o encaminhamento fornecido pelo médico e a Autorização Prévia fornecida pela Seguradora.

No caso de internações psiquiátricas o segurado deverá efetuar o pagamento do valor correspondente a co-participação, conforme descrito no subitem 3.2.3, diretamente ao estabelecimento que realizou o atendimento.

## **1.2 Atendimentos decorrentes de Emergência ou Urgência**

Nestas circunstâncias, o segurado deverá dirigir-se ao pronto-socorro mais próximo. Para o atendimento no pronto-socorro da Rede Referenciada será necessário que o Segurado apresente o **Cartão de Identificação, e um documento de identidade.**

O Segurado que estiver cumprindo carência não terá direito a internação, exceto nos casos de acidente pessoal.

Nos casos de acidentes pessoais, seguidos de atendimento médico de emergência ou urgência, o segurado deverá encaminhar a Seguradora o relatório médico e o Boletim de Ocorrência, quando for o caso.

## **1.3 Livre Escolha com Reembolso**

O sistema de Livre Escolha possibilita ao Segurado o reembolso de despesas médicas e hospitalares, de acordo com os limites e coberturas previstos no Seguro contratado, quando não optar pelo atendimento de profissionais da Rede Referenciada.

## **2 SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

Para solicitar um reembolso, o Segurado deverá comparecer a um dos escritórios da Seguradora, ou Unidades Descentralizadas de Atendimento ao Segurado – UDAS, com os documentos necessários para cada caso. Outra opção é encaminhar os documentos originais dos serviços realizados e cópia do seu Cartão de Identificação ao Setor de Reembolso através dos Correios, por SEDEX ou Carta Registrada para:

Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Setor de Reembolso  
Caixa Postal 11284  
CEP: 05422-970 – São Paulo - SP

O reembolso de despesas será efetuado ao Segurado Titular ou Responsável pelo seguro através da conta-corrente indicada na Proposta de Adesão. O reembolso será depositado em até 30 (trinta) dias após a Seguradora receber a documentação completa referente às despesas médico-hospitalares.

Se houver alguma mudança nos dados informados, acesse o site [www.sulamerica.com.br/saudeonline](http://www.sulamerica.com.br/saudeonline) ou entre em contato com a Central de Atendimento Saúde 24 Horas e informe-se sobre como proceder.

Caso não indique nenhuma conta-corrente para a Seguradora efetuar os reembolsos, eles serão depositados via Ordem de Crédito Online no Banco do Brasil. O responsável pelo seguro poderá resgatá-los em agências do Banco do Brasil mediante apresentação do CPF.

## 2.1 Documentos para reembolso

### a) Consultas

Recibo em impresso do próprio médico ou da instituição que efetuou o atendimento, constando:

- Nome do Segurado Paciente;
- Data da realização;
- Valor cobrado (numérico e por extenso);
- Nome e endereço completos do profissional ou instituição;
- CNPJ ou CPF (completo e legível) do profissional ou instituição;
- Especialidade e CRM do médico;
- Assinatura do Profissional;
- Discriminação do atendimento.

Importante: Para um mesmo atendimento, não devem ser emitidos pelo médico, e apresentados para reembolso, dois ou mais recibos.

### b) Exames

- requisição médica dos exames e autorização prévia (quando exigida);
- nome, endereço, CRM, CPF ou CNPJ da entidade ou profissional;
- nome do paciente e data do(s) exame(s);
- nome técnico de cada exame e o respectivo preço unitário;
- partes radiografadas, número de incidências (chapas) e o preço unitário de cada incidência (quando o exame for radiológico).

### c) Internação

Nota fiscal ou fatura, acompanhada da conta hospitalar, especificando:

- período de internação;
- discriminação das despesas hospitalares e dos serviços auxiliares de exames e tratamentos, realizados no período de internação, bem como todo o material cirúrgico e medicamentos utilizados;
- relatório detalhado do médico responsável, dos demais especialistas e autorização prévia.

### d) Honorários Médicos

Deverão ser entregues ou enviados, os recibos dos honorários médicos (clínico, cirurgião ou obstetra) e, se for o caso, de assistentes, auxiliares e anestesiologistas. Esses recibos deverão estar devidamente datados e assinados sob carimbo, no qual conste a identificação do profissional (CRM, CPF ou CNPJ).

### e) Demais casos

Recibo ou nota fiscal constando:

- nome, endereço, CRM, CPF ou CNPJ da entidade ou profissional;
- nome do paciente e data da realização do(s) serviço(s);
- discriminação dos serviços prestados, com os respectivos preços unitários.

A este processo deve ser anexada a requisição médica e a autorização prévia, se for o caso.

**Nota:** Não são válidos, para fins de reembolso, impressos adquiridos em papelaria ou assemelhados.

### 3 SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os procedimentos que exigem autorização prévia, entre outros, são:

#### a) Internações

- clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas;

#### b) Serviços Auxiliares de Terapia

- fisioterapia;
- oxigenoterapia hiperbárica;
- quimioterapia neoplásica;
- radioterapia;
- braquiterapia;
- litotripsia;
- diálise e hemodiálise;
- hemofiltrações;
- psicoterapia de crise (por sessão);
- monitorização de pressão intracraniana;
- acupuntura.

#### c) Serviços Auxiliares de Diagnose

- angiografia;
- arteriografia;
- bioimpedanciometria;
- cintilografia;
- endoscopias;
- estudo hemodinâmico;
- polissonografias;
- teste de função pulmonar;
- "tilt test" e seus derivados;
- ecocardiografia; (\*)
- eletrocardiografia dinâmica (Holter); (\*)
- eletrococleografia; (\*)
- eletromiografia; (\*)
- eletroneuromiografia; (\*)
- ressonância magnética; (\*)
- tomografia computadorizada; (\*)

#### d) Serviço Ambulatorial

- cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero;
- cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme o grau estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS à época da realização do evento.

**Nota:** (\*) Os exames acima relacionados com asterisco podem ser autorizados pela Central de Atendimento Saúde 24 Horas, através do nº de telefone impresso no verso de seu Cartão de Identificação, de 2ª às 6ªs feiras, das 7:00 às 19:00 horas, que fornecerá uma senha possibilitando o atendimento.

O segurado poderá obter a sua autorização prévia pessoalmente, em um dos escritórios regionais e/ou UDAS, ou através da Central de Autorização Prévia.

#### IMPORTANTE

1. Para as internações, exames ou terapias programadas, como parto, ressonância magnética, etc., a autorização prévia deverá ser solicitada com antecedência.
2. Quando os exames, que exigem autorização prévia, forem realizados em pacientes internados, a autorização deverá ser substituída por relatório médico, justificando sua necessidade.

## **4 ALTERAÇÕES CADASTRAIS**

As alterações de endereço residencial e/ou para correspondência poderão ser solicitadas à Central de Atendimento Saúde 24 Horas. Ou, se preferir, por escrito, através dos Correios para:

Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Setor de Manutenção de Seguros Individuais  
Rua Pedro Avancine, 73 - 4º andar - Asa Oeste  
CEP 05679-160  
São Paulo - SP

Todas as alterações cadastrais também poderão ser feitas, pessoalmente, nos escritórios regionais da Seguradora e/ou Unidades Descentralizadas de Atendimento - UDAS.

## **5 CENTRAIS DE ATENDIMENTO**

### **5.1 CENTRAL DE ATENDIMENTO SAÚDE 24 HORAS**

A Central de Atendimento Saúde 24 Horas foi criada pela SulAmérica Seguro Saúde para facilitar a comunicação com seus segurados. Esta Central funciona a qualquer hora do dia ou da noite, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

Na Central de Atendimento Saúde 24 Horas, o segurado poderá obter as seguintes informações:

- esclarecimento sobre as Condições Gerais do seguro;
- segunda via de carnês;
- alterações cadastrais;
- inclusões e exclusões de dependentes;
- autorizações prévias;
- prazos de carências;
- reclamações;
- confirmação de endereço e telefone de prestadores;
- reembolso de despesas;
- SOS Atendimento de Emergência nos Estados Unidos da América;
- Assistência 24 horas.

**Central de Atendimento Saúde 24 Horas**  
**- veja o número de telefone no verso de seu Cartão de Identificação**

## **5.2 CENTRAL DE ATENDIMENTO VIA CORREIO**

A SulAmérica Saúde oferece, ainda, um serviço de atendimento via Correio, evitando deslocamentos inconvenientes ao segurado.

Para utilizar esta Central, o segurado deverá enviar a documentação exigida, por carta registrada ou SEDEX, a:

CEAC - CENTRAL DE ATENDIMENTO VIA CORREIO  
CAIXA POSTAL 11284  
CEP 05422-970 - SÃO PAULO - SP

### **a) Autorizações prévias para exames e tratamentos especiais ou internações hospitalares:**

- requisição do médico, quando se tratar de exames e tratamentos especiais (com justificativa resumida do pedido);
- guia de encaminhamento fornecida pelo médico, quando se tratar de internações programadas;
- cópia, frente e verso, do Cartão de Identificação, dentro de período de validade.

## **5.3 CENTRAL DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

Esta Central foi criada especialmente para auxiliar no processo de solicitação de autorização prévia para exames e/ou tratamentos especiais e internações.

A Central de Autorização Prévia funciona de 2ª às 6ªs feiras, das 8:30 às 17:00 horas, e está preparada a emitir autorização prévia para todos os procedimentos que a exigirem.

Para se obter uma autorização prévia por Fax, o segurado deverá enviar a requisição médica constando o diagnóstico, a causa da doença, os dados do paciente (nome e número do Cartão de Identificação) e o número do Fax para retorno, com seu respectivo DDD, identificando se o mesmo é Fax ou telefone:

**Central de Autorização Prévia**  
**Fax nº (011) 3758-8808**

Não dispondo de Fax, o segurado receberá sua autorização prévia pelo correio. Se necessário, a Consultoria Técnica da Seguradora solicitará informações complementares.