

INDICAÇÃO Nº: 004 /2023.

ASSUNTO: Implantação de Plano de Saúde e/ou Auxílio Saúde para os servidores do município de Sumidouro.

REQUERENTE: Vereador Geovanni Damião Castilho.

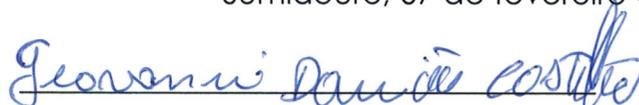
O vereador Geovanni Damião Castilho, apresenta a Indicação, solicitando que o Executivo Municipal avalie a possibilidade de contratação de um plano de saúde e/ou auxílio saúde que, de forma facultativa, seja oferecido aos servidores do município de Sumidouro, através da celebração de convênio ou como forma de concessão de auxílio saúde.

Esta solicitação tem por finalidade possibilitar aos Servidores Públicos Municipais a adesão ao Plano de Saúde, vindo ao encontro dos anseios do funcionalismo público, ajudando a diminuir a utilização por estes ao Sistema Único de Saúde (SUS), PSF e Laboratório Municipal.

Destaco que o município vizinho de Sapucaia/RJ possui o auxílio Plano de Saúde aos seus servidores. (cópia do contrato do Plano de Saúde de Sapucaia em anexo).

Pelo exposto, na forma dos artigos 107 e 126 do Regimento Interno, solicitamos o encaminhamento ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Sumidouro, da presente **INDICAÇÃO, que solicita Implantação de Plano de Saúde e/ou Auxílio Saúde a todos os servidores do Município de Sumidouro.**

Sumidouro, 07 de fevereiro de 2023.


Geovanni Damião Castilho

Dados Gerais do Plano:

Tipo de Contratação: Coletiva Empresarial

Abrangência Geográfica:

Segmentação Assistencial: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Livre escolha: Não

Nome do Plano: NACIONAL BÁSICO (EMPRESARIAL)

Nº de registro na ANS: 428.314/99-7

Rede Assistencial: Básica

Fator moderador: SEM COPARTICIPAÇÃO

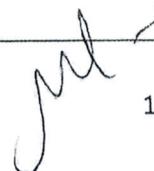
A – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social	UNIMED TRÊS RIOS COOPERATIVA DE TRABALHOS MÉDICOS		
CNPJ	00.946.953/0001-47		
Registro da Operadora na ANS	337498		
Classificação da Operadora na ANS	COOPERATIVA MÉDICA		
Endereço	Rua Dr. Bernardo Bello, 63, Três Rios – RJ - CEP - 25804-030		

B – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Para fins deste contrato, é CONTRATANTE a pessoa jurídica abaixo qualificada, que contrata os serviços aqui prestados em favor dos beneficiários indicados, na forma deste contrato.

Razão social	MUNICIPIO DE SAPUCAIA		
CNPJ	29.138.393/0001-86		
Endereço	PRAÇA MIGUEL COUTO FILHO	Nº	240
Complemento		Bairro	CENTRO
Cidade	SAPUCAIA	CEP	25.880-0000
Responsável legal	ANDERSON BARCIA ZANON		
CPF	732.653.737-20		



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

NOME: NACIONAL BÁSICO (EMPRESARIAL)
Nº DE REGISTRO NA ANS: 428.314/99-7

D – TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

COLETIVA EMPRESARIAL.

E – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação contratada é a do tipo AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

F – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Nacional.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE

TRÊS RIOS, PARAIBA DO SUL, SAPUCAIA. COMENDADOR LEVY GASPARYAN E AREAL.

H – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Acomodação Coletiva.

Havendo indisponibilidade de leito hospitalar na rede credenciada contratada, é garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional ao CONTRATANTE.

I – FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-pagamento.

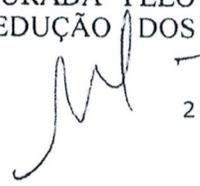
J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Este produto não dispõe de serviços e coberturas adicionais.

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, seguindo a cobertura dos procedimentos devidamente enumerados pela ANS - Agência Nacional de Saúde através do Rol de Procedimentos por ela editado e suas atualizações, vigente no momento da utilização e na lei civil brasileira e no Código de Defesa do Consumidor.

1.1.1. EVENTUAL ALTERAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMO PARÂMETRO DE COBERTURA PARA OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ALTERA IMEDIATAMENTE A COBERTURA ASSEGURADA PELO PRESENTE CONTRATO, SEJA QUANTO A EVENTUAL AUMENTO OU REDUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.



2

1.2 O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições da Lei 9.656/98 (Lei dos planos de saúde), Lei 5.764/71 (Lei das cooperativas) e do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. DO TITULAR

2.1.1 Somente poderá ser incluída pela CONTRATANTE, na qualidade de titular, a pessoa física que mantenha com ela, à data da inclusão, vínculo empregatício ou estatutário.

2.1.1.1. Poderão ser admitidos ainda, a critério da CONTRATADA, os sócios e administradores da CONTRATANTE, os empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, os agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes vinculados à CONTRATANTE.

2.1.2 O vínculo deverá ser comprovado expressamente pelo CONTRATANTE no ato do pedido de inclusão dos beneficiários, seguindo as regras e documentos que forem solicitados pela CONTRATADA e definindo-os como:

2.1.2.1 Com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos;

2.1.2.2 Com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários aposentados ou demitidos sem justa causa;

2.1.3 - A CONTRATADA poderá a qualquer tempo, solicitar durante a vigência contratual, a comprovação da data de vínculo empregatício e estatutário de quaisquer beneficiários como sócio, diretor ou funcionário da CONTRATANTE.

2.2. DOS DEPENDENTES

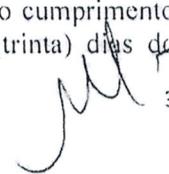
2.2.1. É assegurada a inclusão pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) o cônjuge;
- b) o recém-nascido e filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo filhos em comum ou união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge ou novo convivente, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

2.2.2. A inclusão dos dependentes deverá ser feita a pedido exclusivo do CONTRATANTE e será processada através de preenchimento de Proposta de Admissão e Declaração de Condições Gerais de Saúde.

2.2.3. É assegurada a inscrição (inclusão no plano):

- do recém-nascido, filho natural ou adotivo do USUÁRIO, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do



nascimento ou adoção e cujas carências para o procedimento obstétrico já tenham sido integralmente cobertas pelo pai, mãe ou adotante.

- do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo adotante, desde que a inscrição seja efetivada em até trinta dias do deferimento da adoção.

2.2.4. Ultrapassado os prazos de 30 (trinta) dias previstos acima, a inclusão de filhos estará sujeita ao cumprimento integral das carências previstas neste contrato.

2.2.5. Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe), ainda se encontrar sob carência para o atendimento obstétrico, a inclusão de filhos estará sujeita ao cumprimento integral das carências previstas neste contrato.

2.2.6. É assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido de parto coberto, filho natural ou adotivo do USUÁRIO TITULAR, ou de seu dependente INSCRITO, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

2.2.7. A inclusão no contrato de dependentes do usuário titular dependerá da participação do usuário titular no plano e estará sujeita à comprovação do vínculo de dependência, legal ou econômica, na forma do imposto de renda e estará vinculada ao pagamento do valor da mensalidade vigente relativamente a cada inclusão a ser aferida no momento da inclusão.

2.2.8. A permanência no contrato de dependentes do usuário titular dependerá da participação do usuário titular no plano.

2.3 - O dependente que tenha sido excluído deste contrato, por qualquer motivo que não seja a perda de sua condição de dependente conforme previsto acima, poderá ser reincluído, ficando, contudo, obrigado a cumprir as carências previstas no Tema VI (PERÍODOS DE CARÊNCIA).

2.4. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a CONTRATANTE, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

2.5. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia **15 (quinze)** de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato, que serão processadas para todos os efeitos, **para vigor na fatura do mês subsequente, responsabilizando-se pela movimentação de beneficiários requerida e devida comunicação ao beneficiário quanto à inclusão/exclusão realizada.**

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas da segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, respeitadas as limitações quanto à rede de prestadores contratada, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.2. Os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, compreendem genericamente:



3.2.1 Consultas: os usuários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da CONTRATADA, ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados, disponíveis na área de abrangência do contrato;

3.2.2 atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados, na área de abrangência do contrato;

3.2.3 Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria, credenciada ou contratada, na área de abrangência do contrato.

3.2.4 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.2.5 Cobertura referente à participação de médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

3.2.6 Atendimento assegurado, independentemente do local de origem do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada e os prazos de carência estabelecidos no contrato;

3.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

3.3.1. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos **excluídos** da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, **não havendo obrigatoriedade** de sua cobertura.

3.4. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente no momento do evento.

3.5. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

3.6. O somatório da cobertura ambulatorial + hospitalar + obstétrica compreende:

SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

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

3.6.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS editado pela Agência Nacional de Saúde, e suas atualizações, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;



3.6.3. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos da Resolução Normativa que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

3.6.4 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, EXEMPLIFICATIVAMENTE arrolados abaixo:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde (**assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações**);
- radioterapia ambulatorial, conforme listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- hemoterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.6.5. Cobertura das cirurgias oftalmológica ambulatoriais nos termos do Rol de Procedimentos vigente da ANS.

3.6.6. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o Rol de Procedimentos vigente da ANS no momento da utilização.

3.6.7. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação de médico assistente;

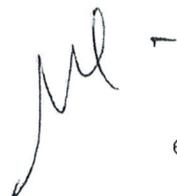
3.6.8. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

3.6.9. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo da Resolução Normativa que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações e que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

3.6.10. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

3.6.11. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação nos atendimentos relacionados às doenças e lesões preexistentes com cláusula de cobertura parcial temporária.

SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR



6

3.6.12. O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos hospitalares definidos na Lei nº 9.656/98 e/ou no ROL DE PROCEDIMENTOS editado pela Agência Nacional de Saúde e suas atualizações, dentro da área de abrangência e rede contratada, respeitadas as seguintes condições:

Internações hospitalares:

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

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

3.6.15. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e domiciliar, e alimentação, específica ou normal, fornecida pelo hospital ao usuário internado, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;

3.6.16. Cobertura de exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, previstos no Rol de Procedimentos da ANS e suas atualizações; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.6.17. Cobertura de toda e qualquer taxa relacionada aos procedimentos da internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados;

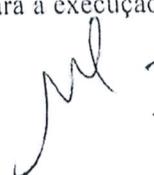
3.6.18. Cobertura de despesas de acompanhante, assim entendidas as despesas relacionadas à acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a um acompanhante dos usuários menores de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, bem como ao usuário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e aos pacientes com necessidades especiais, nos termos da Resolução Normativa que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

3.6.19 – PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

3.6.19.1 Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos da ANS para a cobertura hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.6.19.2. Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.6.19.3 Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;



3.6.19.4 Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura contratada.

3.6.20. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

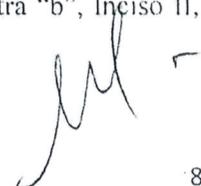
- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde (**assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações**);
- procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.6.21. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (artigo 10-A da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei nº 10.223, de 2001) e as cirurgias reparadoras de órgãos e funções conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Transtornos Mentais e Psiquiátricos:

3.6.22. Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (Letra "b", Inciso II, artigo 2º, da CONSU 11, alterada pela CONSU nº 15, de 1999);

3.6.23 Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (Letra "b", Inciso II, artigo 2º, da CONSU 11, alterada pela CONSU nº 15, de 1999);



3.6.24. Observados os prazos definidos pela CONSU nº 15, de 1999, dispostos acima, sendo o período de internação consecutivo ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, de acordo com o número de dias de internação, haverá coparticipação de 50% do total das despesas a partir do 16º ou 31º dia de internação, conforme disposto nos artigos 3.6.22 e 3.6.23 deste contrato.

3.6.25. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;

3.6.26. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

3.6.27. Os percentuais de coparticipação estabelecidos acima para as internações relativas aos transtornos psiquiátricos e para fins de desintoxicação não caracterizam o financiamento integral da internação e observarão os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

Transplantes:

3.6.28. Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as diretrizes de utilização. Havendo atualização no Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS prevalecerá a nova cobertura;

3.6.29. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislações específicas estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção;

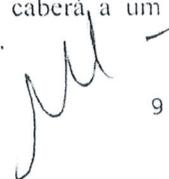
3.6.30. Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado neste artigo não será coberto pela CONTRATADA.

Fornecimento de Órteses e Próteses:

3.6.31. Serão fornecidas as órteses e próteses vinculadas e essenciais ao ato cirúrgico, devidamente regularizadas junto à ANVISA, podendo a contratada fornecê-las diretamente ou autorizar seu fornecimento por terceiros por ela determinados.

3.6.32. O profissional requisitante deverá indicar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. Quando solicitado pela CONTRATADA, o profissional requisitante deverá justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.6.32.1. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.



3.6.32.2. Após a definição da divergência acima e optando o Beneficiário da CONTRATANTE pela utilização de órtese ou prótese diversa do definido pela Junta Médica, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA CONTRATADA SERÁ LIMITADA AO VALOR CORRESPONDENTE AO QUE SERIA AUTORIZADO, CABENDO A EVENTUAL DIFERENÇA AO BENEFICIÁRIO DA CONTRATANTE.

SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

3.6.33. O segmento hospitalar com obstetrícia compreende:

- procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.
- a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do USUÁRIO TITULAR ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, **desde que tenham sido cumpridas as carências específicas da segmentação obstétrica.**

3.6.34. A cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto), conforme assegurado pela Lei 11.108/2005 ou outra que venha substituí-la;

3.6.35. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, devidamente habilitado.

IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. ESTÃO EXCLUÍDAS DAS COBERTURAS DESTES CONTRATOS, AQUELAS LISTADAS NO ART. 10 DA LEI 9.656/98, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E SUAS ATUALIZAÇÕES, TAIS COMO, EXEMPLIFICATIVAMENTE:

- Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, exames, medicamentos importados não nacionalizados, próteses e órteses importadas não nacionalizadas ou ainda não regularizadas junto à AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA);
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Vacinas, nacionais ou importadas;
- Materiais, medicamentos, próteses (qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido) e órteses (qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido), **não ligados ao ato cirúrgico**, tais como, exemplificativamente: botas, muletas, tipóias, aviamento de óculos e de lentes de contato, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de funções, excetuando-se aparelhos gessados, que estão cobertos, sendo que ataduras sintéticas, botas ou similares com velcro não estão cobertas ou ainda materiais cuja colocação ou remoção não requeiram ato cirúrgico, não sejam prescritos pelo médico assistente ou ainda sejam divergentes da definição do parecer de junta médica,

especialmente convocada no caso de impasse na autorização **(exceto os medicamentos tratados pela Lei 12.880/2013 e materiais dispostos na Lei 12.738/2012, assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações)**;

- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferências intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- Cirurgias plásticas, exceto as cirurgias plásticas reparadoras; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado à obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos em SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; tratamentos ou cirurgias com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas; necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Consultas e atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de emergência ou urgência; medicamentos, materiais, aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar **(exceto os medicamentos tratados pela Lei 12.880/2013 e materiais dispostos na Lei 12.738/2012, assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações)**; enfermagem em caráter particular domiciliar; despesas com remoção de um estabelecimento médico-hospitalar (hospitais e/ou clínicas) para residência e vice-versa; todo e qualquer atendimento e/ou procedimento caracterizado como de "home care" ainda que não especificado acima;
- Transplantes não previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, tais como de fígado, pulmão, coração, pâncreas ou outro de qualquer natureza ou ainda realizados em desacordo com as condições expressas neste contrato;
- Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada, bem como realizados no exterior;
- Atendimentos e tratamentos odontológicos, de qualquer natureza, estando coberto tão somente a cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar ou a estrutura hospitalar relativa ao procedimento ambulatorial cujo imperativo clínico demande a utilização de estrutura hospitalar, não estando cobertos os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;
- Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;
- Despesas hospitalares extraordinárias, tais como artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal do paciente e do acompanhante; enfermagem em caráter particular em regime hospitalar; serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura assistencial;
- Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não assistentes ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA, salvo nos casos de urgência e emergência em que não houver possibilidade de utilização da rede credenciada, na forma do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, caso em que as despesas deverão ser reembolsadas, na forma prevista neste contrato;
- Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e para o portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

- Quaisquer procedimentos para fins estéticos, incluindo cirurgias oftalmológicas que não estejam cobertos pelo Rol de Procedimento da ANS;
- Exames admissionais, demissionais e periódicos, para fins de contrato de trabalho;
- Tratamento esclerosante de varizes;
- Despesas assistenciais não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato ou nas normas da Agência Nacional de Saúde ou ainda não previstos expressamente no Rol de Procedimentos da ANS, vigente no momento do evento.

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. Este contrato terá início de vigência com a assinatura pelas partes e duração mínima de 12 (doze) meses.

5.2. O contrato ficará prorrogado por prazo indeterminado se não for formalmente denunciado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término do primeiro ano contratual, não havendo qualquer taxa a título de renovação do contrato.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

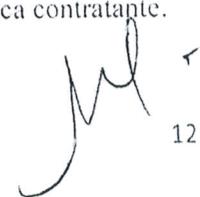
6.1. Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão, sendo assim especificados:

ITEM	DESCRIÇÃO	PRAZO DE CARÊNCIA
I	Acidentes pessoais	24 horas
II	Urgência e emergência, inclusive obstétrica – atendimento ambulatorial durante o prazo de carência e/ou cobertura parcial temporária, nos termos de Resolução CONSU 13/98	24 horas
III	Consultas e exames/procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	30 dias
IV	Fisioterapia	90 dias
V	Exames/procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 dias
VI	Cirurgias ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas	180 dias
VII	Exames/procedimentos que exijam internação	180 dias
VIII	Exames/procedimentos que não estejam relacionados anteriormente e não estejam excluídos de cobertura	180 dias
IX	Parto	300 dias

6.2. Na hipótese de virem inseridos na Proposta de Admissão períodos de carências mais benéficos, eles prevalecerão aos aqui constantes.

6.3. Na contratação coletiva empresarial com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta), não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário ocorra em até 30 (trinta) dias da data da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES



7.1. O CONTRATANTE está obrigado, por ocasião da inscrição, a informar, pelo USUÁRIO TITULAR e por seus dependentes, ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

7.2. Considera-se doença ou lesão preexistente aquela que o usuário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação.

7.3. Na Declaração de Condições Gerais de Saúde, o CONTRATANTE deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, que sejam de conhecimento dos usuários, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança pela CONTRATADA de eventuais prejuízos.

7.4. A informação será prestada pelo usuário, no momento da contratação, por meio de Declaração de Condições Gerais de Saúde, em formulário específico fornecido pela CONTRATADA, que fará parte integrante deste contrato e que será preenchido, a seu critério:

- sem a assistência de médico;
- com a assistência de um médico da CONTRATADA, sem nenhum ônus para o usuário;
- com assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

7.5. A apresentação da Declaração de Condições Gerais de Saúde é condição prévia para a inclusão do usuário no presente contrato.

7.6. A CONTRATADA, através da realização da entrevista qualificada, poderá determinar a realização de exames periciais, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes. É vedada a alegação a posteriori da existência de doença ou lesão preexistente, se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário.

7.7. A declaração pelo CONTRATANTE ou a constatação posterior pela CONTRATADA, da existência de lesão ou doença preexistente de conhecimento do CONTRATANTE resultará em cobertura parcial temporária pelo prazo máximo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses.

7.8. A cobertura parcial temporária corresponde à exclusão, pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, dos procedimentos cirúrgicos, das internações em leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde e suas atualizações, vinculados à doença ou lesão preexistente.

7.9. Sendo detectada a doença ou lesão preexistente, será remetido ao usuário o Termo de Cobertura Parcial Temporária, que informará a **exclusão dos procedimentos cirúrgicos, das internações em leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, vinculados à doença ou lesão preexistente, que ESTARÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL PELO PRAZO MÁXIMO DE 24 (vinte e quatro) MESES, A CONTAR DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO.**

7.10. Na hipótese da não realização de exame ou perícia médica pela CONTRATADA, a constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses da inclusão do beneficiário, da condição sabida de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente, caracterizará fraude, cabendo à CONTRATADA a imediata notificação formal do fato ao CONTRATANTE, resultando nas seguintes ações subseqüentes, seguindo processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:

- O usuário terá o prazo de 10 (dez) dias para manifestar-se quanto à veracidade das alegações da CONTRATADA;
- Findo o prazo de 10 (dez) dias, havendo o reconhecimento da omissão das informações por parte do usuário, o contrato poderá, de acordo com a vontade do usuário, ser repactado considerando as novas condições decorrentes do reconhecimento da doença ou lesão preexistente, seja quanto ao agravamento da contraprestação, seja quanto à aplicação de cobertura parcial temporária;
- Caso o usuário não concorde com as alegações da CONTRATADA, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à ANS - Agência Nacional de Saúde, requerendo a abertura de Processo Administrativo, cuja tramitação está especificada nos termos da RN 162/ANS;
- A suspensão e/ou cancelamento do contrato pela CONTRATADA somente se dará após a publicação, no Diário Oficial da União, da decisão proferida, pela Diretoria Colegiada da ANS, relativa ao Processo Administrativo instaurado que reconhecer a existência sabida do usuário da doença ou lesão preexistente à contratação.

7.11. Na contratação coletiva empresarial com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta), não haverá exigência do cumprimento dos prazos de cláusula de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que a inclusão do beneficiário ocorra em até trinta dias da data da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Para fins deste contrato, valem as seguintes definições legais quanto à urgência e emergência:

- **Emergência:** são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;
- **Urgência:** são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

8.2. Nos casos de urgência ou emergência decorrentes de acidente pessoal, o atendimento será garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da data de inclusão do beneficiário:

8.2.1. Nos demais casos, inclusive relacionados ao processo gestacional, estando o usuário em cumprimento de **carência** será garantido o atendimento ambulatorial, limitado as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, ainda que em ambiente hospitalar, ou ainda, em prazo inferior, se ficar caracterizada a necessidade de internação, não estando cobertas as internações clínicas, cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, nem os procedimentos ainda sujeitos ao cumprimento de carência.

8.2.2. Estando o usuário em **cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária** relativamente às doenças e lesões preexistentes, estarão excluídas, relativamente a essas doenças ou lesões, as internações cirúrgicas, em leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, enquanto perdurar a cobertura parcial temporária, sendo assegurado o atendimento ambulatorial.

8.2.3. Caracteriza-se o **atendimento ambulatorial**, ainda que em ambiente hospitalar, pela atenção continuada prestada nas primeiras doze horas de atendimento, desde que não seja característica de internação.

8.2.4. Depois de cumpridas as carências, haverá a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta, de acordo com as coberturas contratadas e previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde, vigente no momento do atendimento.

8.3. REMOÇÃO

8.3.1. O presente contrato garante a remoção do paciente, APENAS E TÃO SOMENTE NAS SEGUINTE HIPÓTESES E CONDIÇÕES:

- remoção terrestre inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária pelo médico assistente, dentro da área de abrangência contratada;
- remoção terrestre, do paciente em cumprimento de carência ou de cláusula de cobertura parcial temporária quando necessária a continuidade de assistência ao paciente, sendo assegurada a transferência para um estabelecimento hospitalar da rede do SUS.

8.3.2. No caso de paciente em cumprimento de carência ou de cláusula de cobertura parcial temporária, em que não seja possível sua remoção para outro estabelecimento hospitalar da rede do SUS, devido ao eminente risco de vida, os valores incorridos pela CONTRATADA após o período obrigatório de 12 (doze) horas ou antecipadamente se caracterizada a necessidade de internação, serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE.

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

8.3.4. Quando o usuário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade hospitalar diferente da contratada, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.4. REEMBOLSO

8.4.1. Nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for impossível a utilização dos serviços nos prestadores que integram a rede credenciada contratada, mediante declaração por escrito do beneficiário ou quem por ele responda, EXCEPCIONALMENTE, a CONTRATADA assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, no limite das obrigações deste contrato e de acordo com a área geográfica contratada.

8.4.2. Os parâmetros contratuais para a definição do limite do reembolso incluem não só aspectos de cobertura, como o preço praticado pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica e área geográfica de abrangência, visando manter o equilíbrio contratual em respeito ao cálculo atuarial em que está baseada a fixação dos preços contratados.

8.4.3. O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência (TUSS - Terminologia Unificada em Saúde Suplementar) praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica, vigentes à data do evento a ser reembolsado.

8.4.4. A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos e fica à disposição do CONTRATANTE na sede da CONTRATADA.

8.4.5. O reembolso acima será efetuado pela CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da entrega dos seguintes documentos a serem OBRIGATORIAMENTE apresentados em original:

- solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.4.6. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.4.7. Caso a solicitação do reembolso a venha ocorrer após 12 (DOZE) MESES DA DATA DO EVENTO, O CONTRATANTE PERDERÁ O SEU DIREITO AO REEMBOLSO.

IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. O presente contrato **não** assegura a livre escolha de prestadores, devendo os usuários **obrigatoriamente** escolher dentre os prestadores que integram a rede credenciada BÁSICA da CONTRATADA, sejam próprios, contratados em rede indireta ou credenciados, vinculada ao presente contrato, constantes do Guia Médico, limitada à área geográfica de abrangência deste contrato.

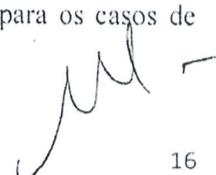
9.2 Não fazem parte da rede básica da CONTRATADA os hospitais referenciados como de TABELA PRÓPRIA ou ALTO CUSTO, cuja relação poderá ser obtida junto à CONTRATADA e atualizada nos termos do artigo 17, da Lei 9.656/98.

X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

10.1. COPARTICIPAÇÃO: Para fins de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar, objeto do presente contrato, os usuários deverão observar as condições de coparticipação estabelecidas no contrato, na proposta de adesão e nas normas da Agência Nacional de Saúde - ANS vigentes à época da contratação, para a coparticipação nas internações decorrentes dos transtornos de natureza psiquiátrica e para fins de desintoxicação.

10.2. Além da mensalidade, o CONTRATANTE pagará a título de coparticipação:

10.2.1. as despesas gerais cobertas por esse contrato, em 50% (cinquenta por cento), a partir do 31º dia, para as internações decorrentes dos transtornos de natureza psiquiátrica, e a partir do 16º dia, para os casos de desintoxicação ou abstinência.



10.2.2. Os valores, ou percentuais de coparticipação para cada procedimento, **se houver**, estão dispostos na Proposta de Admissão e descritos nos itens abaixo:

- a) a presente coparticipação abrange os **procedimentos realizados pelo cliente titular e seus dependentes**;
- b) a coparticipação ora estabelecida para as consultas médicas em consultórios dos médicos cooperados, ambulatórios, clínicas e atendimentos de urgência ou emergência, fica referenciada na Proposta de Admissão.
- c) a coparticipação ora estabelecida para os exames e procedimentos complementares, fica discriminada na proposta de admissão em fração percentual do valor pago a rede credenciada por cada exame e procedimento realizado, tendo como base a tabela que esteja sendo utilizada pela contratada, tendo como limite de coparticipação a importância estipulada também na proposta de admissão.
- d) **considera-se um novo evento cada intervenção**, ainda que seriada e realizada de forma contínua. (ex.: sessões de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia – prescrição de 10 sessões, cada sessão corresponde a um evento).
- e) **o PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO INCIDIRÁ SOBRE CADA ITEM REALIZADO E/OU UTILIZADO, OU SEJA, SOBRE O VALOR: DA CONSULTA, DO EXAME E/OU DO PROCEDIMENTO, DOS MEDICAMENTOS, MATERIAIS E TAXAS UTILIZADAS, SENDO A LIMITAÇÃO PREVISTA, VÁLIDA PARA CADA ITEM SEPARADAMENTE CONSIDERADO.**
- f) o percentual da coparticipação, nas consultas médicas, exames e procedimentos realizados fora da área de atuação da contratada, será acrescido de 10% (dez) por cento, a título de despesas administrativas.
- g) **considera-se área de atuação da contratada a região descrita na segunda página deste contrato.**

Parágrafo único. Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da coparticipação pactuada dos procedimentos realizados, de acordo com critério adotado pela CONTRATADA.

10.3. Considera-se coparticipação, a parte efetivamente paga pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, referente à realização do procedimento.

Do Cartão Individual de Identificação

10.4. A CONTRATADA fornecerá à CONTRATANTE, que se responsabilizará em repassar aos usuários incluídos no presente contrato o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária.

10.5. A qualquer tempo, poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus usuários, para uma melhor prestação dos serviços.

10.6. Para a fruição dos direitos e vantagens deste contrato é condição obrigatória, a apresentação pelo usuário do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido. Enquanto o beneficiário não receber o Cartão Individual de Identificação, na hipótese de necessitar de atendimento junto à rede prestadora, deverá reportar-se ao prestador de atendimento com seu documento original de identidade e solicitar contato à Central de Atendimento da Contratada, através do tel. **0800 970 9039**, para obtenção de senha de liberação de atendimento.

10.7. Na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de usuário por qualquer motivo, é obrigação do beneficiário devolver a CONTRATANTE, que por sua vez deverá devolver o respectivo Cartão Individual de Identificação do usuário afastado, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA para fins de fruição dos serviços.

10.8. Ocorrendo perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o beneficiário deverá comunicar ao CONTRATANTE, que por sua vez comunicará a CONTRATADA por escrito, em 48 (quarenta e oito) horas o fato, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

10.9. O cancelamento só terá validade quando o fato passar a ser conhecido pela CONTRATADA.

10.10. Poderá ser cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, inserida na mensalidade do mês subsequente ou paga na sede da CONTRATADA.

10.11. O CONTRATANTE responde pelos prejuízos resultantes do uso indevido dos documentos que lhe são entregues pela CONTRATADA para a fruição dos direitos deste contrato, incluindo o Cartão Individual de Identificação, sempre que ficar comprovada a ilicitude do ato.

10.12. As seguintes hipóteses caracterizam uso indevido dos documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação:

- a sua utilização para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, independente do motivo;
- a utilização dos documentos de identificação para obter atendimento durante eventual suspensão dos serviços por inadimplência ou por fraude, nos termos do art. 13, da Lei no 9.656/98;
- a sua utilização por qualquer pessoa que não seja usuário incluído neste contrato, com consentimento e/ou conhecimento do CONTRATANTE;

Da rede credenciada vinculada ao presente contrato

10.13. Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e da rede assistencial vinculada ao contrato e, formada por prestadores próprios, credenciados ou contratados, como rede direta ou indireta, exclusivamente na área de abrangência deste contrato, de acordo com os recursos disponíveis de que dispõem os prestadores, no local.

10.14. A rede credenciada **BÁSICA** da CONTRATANTE não inclui os denominados **Hospitais Especiais de Alto Custo** ou **Hospitais de Tabela Própria**, seja da CONTRATADA, seja de outra cooperativa integrante do Sistema Nacional UNIMED.

10.15. Em qualquer hipótese, estão excluídos deste contrato os hospitais que não integram a rede credenciada **BÁSICA** da CONTRATADA, mesmo que sejam credenciados ou contratados como rede direta ou indireta e que não sejam cobertos por este contrato.

10.16. Somente no caso de contratação específica de plano com a cobertura nos denominados **HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA OU ALTO CUSTO** é que esses prestadores integrarão a cobertura contratual.

10.17. A CONTRATADA disponibiliza ao CONTRATANTE a lista de sua rede credenciada, em forma de um Guia Médico ou Guia de Serviços de Saúde, impresso ou disponível para consulta no seu sítio na Internet, onde informa a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas.

10.18. O CONTRATANTE deverá, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações contidas constantes do Guia Médico, contatando a CONTRATADA, se julgar necessário, via telefone ou site na Internet, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada. A CONTRATADA poderá a qualquer momento alterar a sua rede credenciada, com a inclusão, exclusão ou substituição dos prestadores, obedecidos os procedimentos previstos na legislação vigente.

10.19. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos nos termos do artigo 17 da Lei 9.656/98.

10.20. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

10.21. Na hipótese de a substituição do estabelecimento ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

10.22. No caso de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

10.23. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

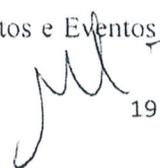
- I. nome da entidade a ser excluída;
- II. capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III. impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
- IV. justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

10.24. Todas as alterações da rede credenciada serão previamente informadas ao CONTRATANTE, por meio de correspondência normal, se referente a entidades hospitalares, ou boleto bancário e/ou sítio na internet, se demais prestadores.

Dos Procedimentos para as Internações

10.25. Todas as internações e demais procedimentos hospitalares deverão ser autorizados pela CONTRATADA, variando o procedimento em se tratando de casos eletivos ou de urgência e emergência.

10.26. Somente os procedimentos devidamente autorizados, e elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente serão cobertos pela CONTRATADA.



19

10.27. As internações hospitalares de caráter eletivo serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente.

10.28. Com base no pedido firmado por médico cooperado assistente, a CONTRATADA emitirá guia de internação prévia, a ser encaminhada pelo CONTRATANTE ao prestador do atendimento por ele escolhido dentro da rede credenciada vinculada ao presente contrato.

10.29 A CONTRATADA, através de sua auditoria médica especializada, poderá solicitar ao médico cooperado assistente, esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente e o tratamento prescrito, antes de emitir a guia de autorização prévia.

10.30 EM QUALQUER CASO, ANTES DE EMITIR A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, SERÁ VERIFICADA EVENTUAL SUSPENSÃO CONTRATUAL EM RAZÃO DE INADIMPLÊNCIA, CONFORME PREVISTO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE (art. 13 da Lei no 9.656/98).

10.31. Antes da internação eletiva, o usuário se obriga a apresentar à administração da entidade hospitalar, os seguintes documentos:

- a guia de internação prévia emitida pela CONTRATADA;
- o seu Cartão Individual de Identificação, válido;
- um documento de identidade pessoal legalmente reconhecido.

10.32 Nos casos de urgência ou emergência, a autorização poderá ser obtida por telefone, pelo prestador do atendimento, através de senha autorizadora, disponibilizada pela Central de Atendimento da CONTRATADA.

10.33. Na hipótese acima, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação de urgência ou emergência, para providenciar a guia de autorização emitida pela CONTRATADA, a carteira de identificação válida e o documento de identidade do usuário, além da solicitação justificada do médico assistente para o procedimento.

10.34 O não atendimento ao disposto acima isenta a CONTRATADA de prestar a cobertura, ainda que de acordo com o presente contrato, não se responsabilizando por quaisquer despesas decorrentes do atendimento.

10.35 A guia de autorização para internações, eletiva ou não, conterà a indicação de prazo inicial de autorização que poderá ser fixado pelo médico assistente ou fixado pela CONTRATADA e corresponderá à média de dias de internação recomendados para casos idênticos ou semelhantes ao do paciente. Estes prazos poderão ser prorrogados a pedido do médico assistente e tem por finalidade, tão somente estabelecer as rotinas de auditoria e acompanhamento junto ao prestador hospitalar, não representando limitação de cobertura ao CONTRATANTE.

10.36. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente lançado no guia de autorização, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA, a solicitação de prorrogação emitida e justificada pelo médico assistente.

10.37. A CONTRATADA poderá monitorar, através de equipe técnica de auditoria própria ou por ela contratada, toda a evolução do paciente e o tratamento a ele dispensado.

10.38. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

Da cobrança da coparticipação nos casos de transtornos psiquiátricos e mentais

10.39. Para internações decorrentes de transtornos de natureza psiquiátrica, a partir do 31º dia, será cobrada coparticipação de 50% (cinquenta por cento).

10.40. Para internações psiquiátricas para desintoxicação ou abstinência, a partir do 16º dia, será cobrada coparticipação de 50% (cinquenta por cento).

PARÁGRAFO ÚNICO: Para os procedimentos com previsão de coparticipação financeira do CONTRATANTE, os valores correspondentes a esta coparticipação serão cobrados tão logo sejam conhecidos pela CONTRATADA, juntamente com a próxima mensalidade a vencer.

Dos demais procedimentos

10.41. Não será necessária autorização prévia para os seguintes procedimentos, caso em que bastará a apresentação do cartão de identificação e documento de identidade, diretamente ao prestador:

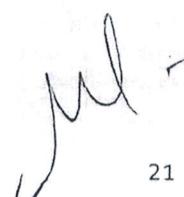
- consultas médicas;
- exames e procedimentos básicos, cuja relação poderá ser obtida periodicamente na sede da CONTRATADA.

10.42. Para todos os demais procedimentos, será necessária autorização prévia, que poderá ser obtida mediante ligação telefônica à Central da CONTRATADA, para obtenção de senha, ou diretamente na sede da CONTRATADA.

10.43 A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada no prazo máximo de dois dias úteis a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência. **No caso de ser necessária a análise de auditoria médica será encaminhada a solicitação do médico assistente para aferição do procedimento e/ou material solicitado, caso em que esse prazo poderá ser majorado.**

10.44 Caso o atendimento seja realizado através de outra Cooperativa integrante do Sistema Unimed que não a Contratada, ou, seja necessária a constituição de Junta ou Perícia Médica, os prazos acima poderão ser majorados.

Das eventuais divergências técnicas nas autorizações



10.45 Em qualquer hipótese acima prevista quanto às autorizações, na hipótese de divergências técnicas e médicas a respeito do pedido de autorização prévia subscrito pelo médico assistente, poderá a CONTRATADA determinar que a definição da divergência se dê através de junta constituída por 03 (três) membros: (a) pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, (b) pelo médico auditor da CONTRATADA por ela indicado e (c) por um terceiro profissional, a ser escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados ou via sorteio, preferencialmente dentre aqueles que constam da rede credenciada da CONTRATADA, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

10.46. Após a definição da divergência acima e optando o CONTRATANTE pela utilização de exame, procedimento, material, órtese ou prótese diferentemente do definido pela Junta Médica, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA CONTRATADA SERÁ LIMITADA AO VALOR CORRESPONDENTE AO QUE SERIA AUTORIZADO, CABENDO A DIFERENÇA AO CONTRATANTE.

10.47 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/ cooperados/ credenciados.

XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. O preço a ser pago pelo CONTRATANTE é PRÉ-ESTABELECIDO e em regime de pré-pagamento. O valor da mensalidade equivalerá à totalidade do número de beneficiários inscritos à data do fechamento da cobrança, respeitadas as regras de movimentação cadastral de beneficiários.

11.2. As mensalidades, bem como os valores de coparticipação deverão ser pagos até seus respectivos vencimentos, conforme orientações na boleta de pagamento.

11.3 Na hipótese de inclusão de beneficiário posteriormente à contratação, a CONTRATADA cobrará o valor de mensalidade previsto na TABELA DE COMERCIALIZAÇÃO vigente à data da inclusão, não havendo distinção, entretanto, entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, respeitada a faixa etária do beneficiário, sejam ativos ou inativos.

11.4 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

11.5 Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 10 (dez) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA para que não se sujeite às conseqüências da mora.

11.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento, serão cobrados correção monetária e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, (0,033% ao dia), calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

11.7 O CONTRATANTE responsabiliza-se pelos valores das contraprestações pecuniárias dos usuários inscritos, bem como pelos valores de coparticipação que deverão ser quitados da mesma forma que as mensalidades, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9656/98 ou nos casos em que o CONTRATANTE seja ente da administração pública direta ou indireta. O não pagamento de qualquer valor relativo à mensalidade ou à coparticipação acarretará ao usuário os ônus da inadimplência, tais como

possibilidade de suspensão do atendimento, exclusão do beneficiário inadimplente e respectivo grupo familiar e ainda a rescisão contratual unilateral por parte da CONTRATADA, conforme as regras vigentes da Lei 9656 e das resoluções da Agência Nacional de Saúde.

11.8 – As mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão fixadas em conformidade com a tabela de preços por faixa etária informada na Proposta de Admissão, em função da idade do beneficiário na data da opção pela manutenção do benefício, acrescida dos reajustes anuais já aplicados conforme estabelecido no Tema XII – REAJUSTE, deste contrato.

11.8.1 - A correspondente tabela atualizada será disponibilizada pela CONTRATADA à CONTRATANTE para consulta, mensalmente, através do documento de fatura, devendo a CONTRATANTE mantê-la disponível com as devidas atualizações, a qualquer tempo para consulta dos beneficiários;

11.8.2 - A participação financeira parcial ou total da CONTRATANTE no plano dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados quando ocorrer, poderá ser estipulada a critério do empregador, podendo variar conforme nível de plano, rendimento do titular, ou outra forma desejada, devendo obrigatoriamente ser apresentada aos beneficiários titulares na contratação do plano e sempre que alterada.

11.9 – Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN n.º 279, de 2011, na hipótese de utilização de preço único, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador: Utiliza-se a tabela de preços informada na Proposta de Admissão em dez faixas etárias, devidamente atualizada, bem como o número de beneficiários existente em cada faixa etária no momento da contratação. Para a formação do preço único, será utilizada a soma total do preço pago por cada beneficiário, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de beneficiários. O preço único será apresentado juntamente com a tabela de preços por faixa etária, bem como o percentual de participação do empregador, se existir.

XII - REAJUSTE

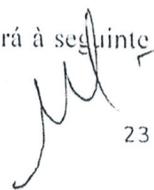
12.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e da Tabela de Preços informada na Proposta de Admissão, parte integrante deste contrato, será reajustado a cada 12 meses, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. O índice apurado será comunicado à ANS e à CONTRATANTE, para novas adesões de funcionários ativos, bem como ex-funcionários demitidos ou exonerados ou aposentados que desejarem optar pela manutenção do benefício, em conformidade com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e a RN 279/2011.

12.2. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações de valor da contraprestação pecuniária de beneficiário em razão de mudança de faixa etária, solicitação de ampliação de cobertura ou migração de contrato. Porém, caso uma nova legislação autorize o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, esta terá aplicação imediata sobre este contrato, seguindo as regras a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde.

12.3. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado e, se for o caso, aplicado reajuste por Sinistralidade.

12.4. O desequilíbrio econômico-atuarial do contrato é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

12.5. Para apuração do percentual referente à sinistralidade, o cálculo do reajuste anual obedecerá à seguinte fórmula:



23

$$r = \left(\frac{S}{P} + IBNR + 1,10 * \sqrt{\frac{S}{P} + IBNR} \right) - 0,70$$

onde,

r = índice a ser aplicado, calculado a partir dos seguintes parâmetros:

S = somatório simples dos sinistros (despesas assistenciais) realizados no período-base;

P = somatório simples dos prêmios (ou contribuições) realizadas no mesmo período-base;

IBNR = projeção estatística para eventos ocorridos, mas não avisados. Seu valor é obtido pela seguinte fórmula:

$$IBNR = (f \times SM) / PM$$

f = fator que reflete a porcentagem de eventos ocorridos e não avisados em relação ao valor médio dos sinistros ocorridos no período-base;

SM (Sinistro Médio) = valor médio dos sinistros ocorridos no período-base;

PM (Prêmio Médio) = valor médio dos prêmios recebidos no período-base

Período base = serão os últimos 12 meses

*O valor calculado terá como referência o índice de 70%, adotado na precificação do produto contratado como ideal para sinistralidade de carteira, suficiente para absorver as despesas administrativas, tributárias e eventual distribuição de sobras.

12.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.3, este ocorrerá de forma complementar, cumulativa e simultânea à aplicação do índice financeiro, ao especificado no item 12.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

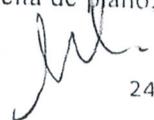
12.7. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.8. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.9. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, seja o beneficiário funcionário ativo, inativo, ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, optantes pela manutenção do benefício.

12.10. O percentual ou o valor referente ao reajuste será obtido através dos critérios descritos abaixo, CUMULATIVAMENTE:

- Sinistralidade: indica quanto da receita está comprometida com despesas assistenciais. Em termos práticos, a sinistralidade representa o percentual da despesa assistencial em relação à receita de plano; A meta de sinistralidade deste contrato é de 70,0%; e



- Financeiro: a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, tendo referência para sua projeção o índice de reajuste aplicado aos planos de saúde individuais/familiares divulgados pela ANS ou a variação do IGP-m (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou ainda outro índice que melhor reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.11. Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- diárias e taxas hospitalares;
- materiais, incluindo órteses e próteses; e,
- medicamentos, exames e procedimentos cobertos;
- eventuais custos decorrentes de cobrança a título de ressarcimento ao SUS.
- exames, terapias e qualquer outra despesa vinculada à assistência médica-hospitalar contratada.

12.12. Compõem as despesas administrativas:

- salários; e
- outras despesas, tais como encargos sociais, tributários, financeiros, comerciais, etc.

12.13. Integrarão as despesas médicas e/ou hospitalares e as despesas administrativas os gastos decorrentes de eventuais procedimentos autorizados por via judicial ou administrativa, ainda que extrapolando os limites contratuais aqui definidos.

12.14. Os reajustes das mensalidades e dos eventuais valores de coparticipação, seguindo as fórmulas e critérios acima colocados, serão informados à ANS e à CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação de acordo com a legislação vigente. Os eventuais valores da coparticipação poderão ser reajustados anualmente pelo mesmo índice de reajuste aplicado ao valor da mensalidade.

12.15. Haverá regras específicas para contratos com menos de trinta beneficiários por força da RN 309/ANS.

12.15.1. Nos termos da referida norma, a Contratante reconhece fazer parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, participante da carteira de beneficiários da Operadora, para cálculo da sinistralidade.

12.15.2. Comportando este contrato menos de trinta beneficiários, na data do seu aniversário do ano imediatamente anterior à aplicação do reajuste, aplicar-se-á o reajuste informado à ANS para o agrupamento dos contratos, vigente para o período correspondente ao mês de aniversário do contrato.

12.15.2.1. Para fins de aplicação do primeiro reajuste contratual, considerar-se-á o número de beneficiários vigente no momento da contratação.

12.15.3. O reajuste calculado para os contratos com menos de trinta vidas levará em consideração as receitas e despesas de todo o agrupamento e a fórmula especificada no item 12.5.

12.15.4. A CONTRATADA divulgará em seu endereço eletrônico na internet, até o primeiro dia útil de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos agregados ao agrupamento em suas datas-base, no período de maio do ano que estiver em curso a abril do ano subsequente, bem como encaminhará a informação mediante correspondência à CONTRATANTE.

12.15.5. O percentual de reajuste apurado na forma acima e que incidirá sobre as contraprestações pecuniárias não está sujeito à aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

12.15.6. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação, observadas as variações por faixa etária estabelecidas nos contratos.

12.15.7. A apuração da quantidade de beneficiários da Contratante considerará todos os planos a ele vinculados.

12.15.8. Contando o contrato com trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo não fará jus à aplicação do índice disposto acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste previsto no contrato.

XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado.

13.2. A variação de preço em razão da mudança de faixa etária do beneficiário deverá incidir na mensalidade do mês subsequente ao aniversário em que atingir a idade correspondente à respectiva faixa de enquadramento, de acordo com os percentuais fixados na Proposta de Admissão.

13.2.1 – Quando a contratação ocorrer em preço único, o aumento da contraprestação pecuniária se dará pela aplicação da soma total do preço pago por cada beneficiário, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de beneficiários, conforme detalhado no Tema XI deste contrato, observadas as condições estabelecidas no artigo 3º, incisos I e II da RN 63/2003.

13.3. Obedecidos os termos do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), os usuários com 60 (sessenta) anos ou mais não sofrerão reajuste de suas mensalidades por alteração na faixa etária, razão pela qual a última faixa é 59 (cinquenta e nove) anos.

13.4. De acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde (Resolução Normativa nº 63/03), o valor fixado para a última faixa etária não pode ultrapassar a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

13.5. As faixas etárias para os fins deste contrato são as seguintes, COM OS RESPECTIVOS PERCENTUAIS DE REAJUSTE PELO ENQUADRAMENTO OU MUDANÇA PARA CADA UMA DELAS, CONFORME ABAIXO:

ITEM	FAIXA ETÁRIA	VALOR INDIVIDUAL	% DE REAJUSTE
1ª	de 00 até 18 anos	TABELA ANEXA	TABELA ANEXA
2ª	de 19 até 23 anos		TABELA ANEXA
3ª	de 24 até 28 anos		TABELA ANEXA
4ª	de 29 até 33 anos		TABELA ANEXA

5ª	de 34 até 38 anos	TABELA ANEXA
6ª	de 39 até 43 anos	TABELA ANEXA
7ª	de 44 até 48 anos	TABELA ANEXA
8ª	de 49 até 53 anos	TABELA ANEXA
9ª	de 54 até 58 anos	TABELA ANEXA
10ª	de 59 anos ou mais	TABELA ANEXA

13.6. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados, eventualmente também indicados na Proposta de Admissão e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior.

13.7. O AUMENTO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA NÃO SE CONFUNDE COM O REAJUSTE ANUAL DO CONTRATO.

XIV – BÔNUS - DESCONTOS

14.1. Não há descontos para este produto.

XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1. DO NÚMERO DE VIDAS

15.1.1. Para a verificação da validade das cláusulas de tratam de carência e doenças e lesões preexistentes deverá ser verificado o número de beneficiários incluídos no presente contrato.

- Na hipótese de o contrato possuir 30 (trinta) beneficiários ou mais – entre titulares e dependentes – não haverá a contagem de prazos de carência e nem imposição de cobertura parcial temporária ou agravo, em decorrência de doenças e lesões preexistentes.
- Na hipótese de o contrato começar com número de beneficiários superior a 30 (trinta) e depois reduzir a número menor que este patamar, as regras para a contagem de prazos de carência e imposição de agravo da contraprestação ou cobertura parcial temporária, em decorrência de doenças e lesões preexistentes, passarão a vigorar para as novas inclusões, até que seja novamente alcançado o patamar de 30 (trinta) vidas.
- Na hipótese de o contrato possuir menos de 30 (trinta) beneficiários entre titulares e dependentes – haverá a contagem de prazos de carência e imposição das regras referentes ao agravo da contraprestação ou à cobertura parcial temporária, em decorrência de doenças e lesões preexistentes.

15.1.2. A inscrição do usuário deverá ocorrer em até 30 (trinta) dias da data da contratação do plano ou da sua vinculação à pessoa jurídica contratante, para efeitos de isenção de carência nos contratos com trinta vidas ou mais.

15.2. DO DEMITIDO / APOSENTADO

15.2.1 - Fica assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, objeto deste instrumento, em decorrência do vínculo de emprego do mesmo com a CONTRATANTE, na hipótese de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário – e dos dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura

assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, junto a CONTRATANTE, o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da lei 9656/98, observada a Resolução Normativa n.º 279/2011, e suas posteriores alterações.

15.2.2 – Também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

15.2.2.1 - Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde:

15.2.3 – O período de manutenção da condição de beneficiário para **ex-empregado demitido ou exonerado** sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou plano sucessor, com um **prazo mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses**. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado aposentado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou

b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado aposentado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos.

15.2.4 - O período de manutenção da condição de beneficiário pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho, ou parte deste (artigo 7º §1º da RN 279), sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas a novo cônjuge e filhos.

15.2.5 - Ao beneficiário titular, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pela CONTRATANTE, ou no caso de aposentadoria, é assegurada a manutenção de sua condição de beneficiário **no mesmo plano que participava quando da vigência do contrato de trabalho**, as mesmas condições de cobertura assistencial, condições de reajuste, faixa etária e fator moderador de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

a) assuma o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu **custo por faixa etária**;

b) o contrato celebrado entre CONTRATANTE e CONTRATADA esteja em vigor; e

c) opte pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação inequívoca e expressa da CONTRATANTE ao beneficiário, **formalizada no ato da concessão do aviso prévio**, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN 279, e suas posteriores alterações).

15.2.6 - Em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, direito de permanência é assegurado aos dependentes já inscritos no contrato, nos termos no disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, e no artigo 8º da RN 279/2011 e suas posteriores alterações.

15.2.7 – O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido, exonerado ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados ativos decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de

trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei 9656/98; e artigo 9º da RN 279/2011, e suas posteriores alterações).

15.2.8 – Os direitos assegurados nesta cláusula, conforme disposto no artigo 26 da Resolução Normativa – RN n.º 279, bem como a condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção do benefício previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN 279/2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em novo plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei 9656/98; c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN 279/2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador CONTRATANTE do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN 279/2011, e suas posteriores alterações).

15.2.9 – Caso a CONTRATANTE contrate novo plano de saúde junto à outra Operadora, deverá incluir no novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com a CONTRATADA, inclusive os beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, uma vez que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da CONTRATANTE.

15.2.10 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei 9656/98; bem como na RN 279/2011 e suas posteriores alterações.

15.2.11 – No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados ativos e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carências, desde que:

- a) A CONTRATADA disponha de um plano Individual ou Familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento integral de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela de Preços Vigente de comercialização, na data da adesão ao plano Individual – Familiar;
- d) Tal condição é válida para todo o grupo familiar.

15.2.12 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN 279/2011, c.c artigo 7º - C da RN 186/2009, e suas posteriores alterações.

15.4 – Disposições Comuns



15.4.1. O direito de permanência é extensivo, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.4.2. Em caso de morte do titular (demitido ou aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde.

15.4.3. O direito assegurado neste benefício não exclui vantagens obtidas pelo demitido, exonerado ou aposentado, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.4.4. Cessará a qualidade de beneficiário assegurada acima, demitido, exonerado ou aposentado, antes dos períodos fixados anteriormente, em qualquer das hipóteses abaixo:

- a) pelo decurso dos prazos estipulados para a adesão ao benefício ou o usufruto deste;
- b) pela admissão do ex-funcionário em outro emprego, cujo vínculo permitirá o ingresso em novo plano de assistência coletivo empresarial;
- c) pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador CONTRATANTE.

15.4.5. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição, a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (art. 30 § 6º da Lei 9.656/98).

15.4.6. O usuário titular (demitido ou aposentado) que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de usuário, decorrente dos benefícios acima.

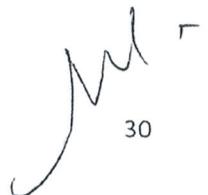
15.4.7. Fica acordado que caberá à CONTRATANTE informar ao beneficiário titular, na ocasião da demissão sem justa causa ou aposentado, o direito de manutenção no plano nas condições acima, extensivamente ao grupo familiar inscrito, sob pena de responsabilizar-se pela omissão dessa informação, inclusive por perdas e danos.

15.4.8. Fica acordado que caberá a CONTRATANTE a **imediata comunicação** à CONTRATADA, da relação dos seus beneficiários aposentados, exonerados ou demitidos sem justa causa, juntamente com a data do evento, que manifestarem a vontade de manter a condição de usuário, inclusive com o nome dos dependentes a ele vinculados.

15.4.9. Fica estabelecido que o funcionário poderá usufruir o benefício desde que manifeste a vontade em até 30 dias da demissão, exoneração ou aposentadoria, contados a partir da data de informação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-funcionário.

15.4.9.1 – A Contratante deverá encaminhar à Contratada, no ato da exclusão de funcionário, a comprovação por escrito de que o funcionário foi informado, **no ato de sua demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria**, do direito de gozar do benefício, desde que o mesmo tenha contribuído para o plano; informando ainda:

- a) Motivo da exclusão, se demissão / exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o empregado que está se aposentando continuará trabalhando na mesma empresa;



30

c) Se o empregado que está sendo demitido já era aposentado e era participante do plano por período igual ou superior a 10 (dez) anos.

15.4.10. No caso de cancelamento do benefício, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano individual ou familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A CONTRATADA disponha de um plano individual ou familiar, com as mesmas características do contrato anterior;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes; e

c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da tabela vigente na data de adesão ao plano individual ou familiar.

XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Perderá a qualidade de beneficiário o usuário que deixar de preencher as condições de admissão descritas neste contrato, tais como: no caso de usuário titular, pela extinção do vínculo com a CONTRATANTE ou pelo término do prazo dos benefícios instituídos pelos artigos 30 ou 31 da Lei 9.656/98 (relativamente ao demitido ou aposentado); no caso de usuários dependentes pelo término do vínculo de casamento ou companheirismo com o usuário titular e, no caso de filhos, quando atingirem a idade de 24 anos ou deixarem de ter dependência legal ou econômica do usuário titular, na forma da legislação do imposto de renda. Perderá a qualidade de beneficiário ainda, no caso de rescisão do presente contrato ou requerimento de exclusão, pelo CONTRATANTE ou ainda, no caso de fraude comprovada pelo beneficiário.

16.2. A fim de evitar a rescisão do contrato, a CONTRATADA poderá optar pela exclusão do usuário que agir com fraude, comprovada, ou que estiver inadimplente por período superior a 30 (trinta) dias, operando a exclusão relativamente a todos os seus dependentes, notificando-o por escrito, da perda da qualidade de beneficiário.

16.3 Caberá tão somente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

16.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) fraude; ou

b) por perda dos vínculos do titular com a CONTRATANTE, ou de dependência ou ainda de término do prazo dos benefícios instituídos pelos artigos 30 ou 31 da Lei 9.656/98 (relativamente ao demitido ou aposentado).

16.5. A permanência dos dependentes ao contrato fica vinculada à manutenção do usuário titular no plano.

16.6. A suspensão dos atendimentos opera efeitos em relação a todos os usuários inscritos.

XVII – RESCISÃO / SUSPENSÃO



17.1. As partes podem por fim ao presente contrato ou suspender os seus efeitos, seguindo as regras expostas a seguir.

17.2. Da suspensão do contrato

17.2.1. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, a critério da CONTRATADA, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito.

17.2.2. Uma vez suspensos os atendimentos, se não regularizada a situação financeira do contratante, poderá a contratada rescindir o contrato unilateralmente, notificando, por escrito, o contratante da possibilidade de rescisão contratual.

17.2.3. A CONTRATADA poderá cobrar os valores devidos pela CONTRATANTE incluindo mensalidades deixadas em aberto, eventuais valores de coparticipação e atendimentos realizados em desacordo com o contrato, acrescidos de encargos moratórios, tais como correção monetária, juros legais e multa contratual, podendo, inclusive realizar o protesto dos títulos não quitados e/ou a inscrição no cadastro de proteção ao crédito relativamente aos serviços prestados e não quitados.

17.2.4. A suspensão dos atendimentos opera efeitos em relação a todos os usuários inscritos.

17.3. Da rescisão do contrato

17.3.1 O presente contrato poderá ser rescindido pela CONTRATADA, a qualquer tempo, se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento, por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE e por inadimplemento contratual por parte da CONTRATANTE.

17.3.2. Antes de considerar rescindido o contrato, o CONTRATANTE será comunicado do fato, através de correspondência enviada para seu endereço de cadastro, devendo se diligenciar até a CONTRATADA para regularização da situação, no prazo colocado na correspondência.

17.3.3. Decorrido o prazo aposto na correspondência, o contrato será rescindido e os valores em aberto poderão ser cobrados do CONTRATANTE.

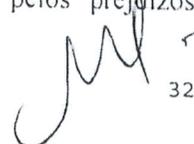
17.3.4. Rescinde-se também este contrato, notificando-se o CONTRATANTE, ocorrendo, qualquer fraude praticada pelo usuário na utilização do objeto deste contrato, desde que devidamente comprovada.

17.3.5. Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, se motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.

17.3.6. O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.3.7. A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os usuários inscritos.

17.3.8. No caso de haver a rescisão contratual, fica a CONTRATANTE obrigada ao recolhimento e devolução à CONTRATADA das carteiras de utilização, sob pena de responsabilizar-se pelo uso indevido das mesmas, bem como a comunicar aos seus beneficiários dessa condição, responsabilizando-se pelos prejuízos decorrentes da não comunicação.



32

17.4. Da denúncia do contrato

17.4.1. O contrato poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência inicial de doze meses e mediante prévia notificação por escrito da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

17.4.3. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

17.4.4. Caso o CONTRATANTE denuncie imotivadamente este contrato, em data anterior aos 12 (doze) primeiros meses de vigência, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias à CONTRATADA ou ocorra o cancelamento por inadimplência antes do término desse período mínimo, a CONTRATADA poderá cobrar do CONTRATANTE, além das mensalidades, encargos e valores devidos a título de coparticipação, se houver, uma multa contratual de 30% (trinta por cento) do valor total das mensalidades que seriam devidas até o término de vigência do primeiro ano contratual.

XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. São partes integrantes deste CONTRATO:

- A Proposta de Admissão;
- A Declaração das Condições Gerais de Saúde e as fichas de inclusão/exclusão de usuários;
- O Termo de Cobertura Parcial Temporária, quando for o caso;
- Carta de orientação ao beneficiário;
- O Guia Médico;
- O Manual de Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, bem como qualquer outro documento firmado entre as partes ou disponibilizado à CONTRATANTE.

18.2. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo extracontratual e por ela não autorizado, ajustado particularmente pelo CONTRATANTE ou demais usuários com os prestadores integrantes de sua rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas, ou quaisquer outras entidades.

18.3. Tais despesas, extracontratuais, correm por conta exclusiva do CONTRATANTE e seu pagamento deverá ser realizado diretamente pelo CONTRATANTE ao prestador do atendimento.

18.4. A diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, atrelada à opção por acomodação hospitalar superior ao padrão contratado, caberá ao CONTRATANTE, conforme negociação direta com os prestadores, do atendimento, não sendo devido o reembolso.

18.5. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: ampliação do padrão de acomodação, da rede geográfica ou assistencial, por opção expressa do usuário, ajustados diretamente com o prestador.

18.6. Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças nos termos da Lei, têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

18.7. Sendo assegurada ao beneficiário a proteção aos dados informados, fica desde já autorizada a CONTRATADA a fornecer as informações prestadas pelo usuário aos envolvidos na prestação dos serviços

assistenciais, bem como a fornecer relatórios médicos detalhados para fins de atendimento às informações necessárias aos órgãos reguladores.

18.8. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

18.9. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.10. O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, quando solicitadas expressamente pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, resguardado o sigilo da fonte.

18.11. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes, observados os termos da lei.

18.12. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data da sua assinatura. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui é avençado, sujeitará a adequação necessária ao equilíbrio econômico e financeiro que será apontado através de estudo atuarial, inclusive com reflexos na contraprestação.

18.13. O preço a ser pago pelo CONTRATANTE foi fixado com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição do usuário, a rede credenciada vinculada, a frequência média de utilização dos serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, o percentual de coparticipação e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, considerados na data de assinatura deste contrato.

18.14. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto habitual de casa para o trabalho ou do trabalho para casa, tal qual definido em legislação própria e por regras do Ministério do Trabalho. Regulado por normas específicas do Ministério do Trabalho e/ou Assistência Social.

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: é a autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada e regulada pela Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: é o limite territorial onde serão prestados os serviços, conforme rede CREDENCIADA formada por prestadores próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de rede indireta.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ou ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL): é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros

procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde para a segmentação ambulatorial.

ATENDIMENTO HOSPITALAR (ou ASSISTÊNCIA HOSPITALAR): é aquele prestado em ambiente hospitalar decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade demandem a utilização de estrutura hospitalar e/ou a internação do usuário, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde para a segmentação hospitalar e obstétrica.

BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, e seus respectivos dependentes e eventuais agregados, se sua inclusão for permitida no contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico especial com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do instrumento, durante o qual o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano de saúde.

CID: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este instrumento são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

CIRURGIAS ESTÉTICAS: é a cirurgia plástica de natureza não reparadora, realizada, com qualquer outra finalidade que não a restauração de funções em órgãos, membros e regiões e que não estejam causando problemas funcionais ao usuário.

CIRURGIAS REPARADORAS: é a cirurgia realizada, exclusivamente, objetivando a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas e que estejam causando problemas funcionais ao usuário. Também se considera como cirurgia reparadora, a cirurgia para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

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

COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o usuário tem direito.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade e internação em unidades de leitos de alta tecnologia (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998), relacionados à doença ou lesão pré-existente.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de

políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: é o somatório das obrigações financeiras devidas pelo Contratante à Contratada, tais como, valores de mensalidade, de coparticipação, se houver correção monetária, juros, multa, despesas de cobranças bancárias e encargos assumidos, nos termos do contrato.

CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: entendem-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, nos termos do artigo 5º da Resolução Normativa nº 195/2009/ANS.

CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO: entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para a massa delimitada de beneficiários, nos termos do artigo 9º da Resolução Normativa nº 195/2009/ANS, tem adesão apenas espontânea e opcional de beneficiários.

CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL OU FAMILIAR: entende-se como plano de contratação ou seguro de assistência à saúde de contratação individual, aquele oferecido para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem grupo familiar. Fica caracterizado como familiar, quando facultada ao usuário a inclusão do seu grupo familiar ou dependente.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através das tabelas pagas aos cooperados e serviços credenciados.

CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro, isto é na forma da Lei.

DESPESAS ASSISTENCIAIS: São as despesas decorrentes de patologias de cobertura obrigatória, listadas no Rol de Procedimentos, que são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde, conforme definido no artigo primeiro deste Contrato.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ou DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE): é o registro de informações prestadas pelo CONTRATANTE sobre as doenças ou lesões que o mesmo seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes de seu contrato, feito em formulário elaborado pela CONTRATADA.

DOCUMENTO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) sendo também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.



DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

EMERGÊNCIA: são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este instrumento.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

EXAMES/PROCEDIMENTOS BÁSICOS: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da assistência ambulatorial e por isso são considerados exames/procedimentos básicos:

- Análises clínicas;
- Histo-citopatologia;
- Eletrocardiograma convencional;
- Eletroencefalograma convencional;
- Endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica;
- Exames radiológicos simples sem contraste;
- Exames e testes alergológicos;
- Exames e testes oftalmológicos;
- Exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia;
- Inaloterapia;
- Prova de função pulmonar;
- Teste ergométrico;
- Exames e testes urológicos;
- Exames e testes ginecológicos e obstétricos.

EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS OU DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação hospitalar e/ou procedimentos de alta complexidade, por isso denominados especiais. Quando constarem em norma da Agência Nacional de Saúde, relacionados como PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, vinculados à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa por até 24 meses. São exemplos de exames especiais, se não constarem como de alta complexidade:

- Angiografia;
- Arteriografia;
- Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia;

- Mapeamento cerebral;
- Ultrassonografia;
- Tomografia computadorizada;
- Ressonância nuclear magnética;
- Medicina nuclear;
- Densitometria óssea;
- Laparoscopia diagnóstica;
- Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido;
- Eletrocardiografia dinâmica (holter);
- Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- Litotripsia;
- Radiologia com contraste e intervencionista;
- Cineangiogramia e videolaringoestroboscopia computadorizada;
- Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;
- Endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial;
- Eletromiografia;
- Eletroneuromiografia;
- Quimioterapia;
- Radioterapia.

EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação obstétrica, exemplificadamente:

- Eletrocardiograma fetal;
- Transfusão fetal intrauterina;
- Rotina do líquido amniótico-amniograma (citológico espectrofotometria, creatinina e teste de clements);
- Alfa-feto-proteína;
- Espectrofotometria;
- Fosfolípidios (relação lecitina/esfingomielina);
- Amniocentese;
- Ultra-sonografia obstétrica (qualquer tipo);
- Biópsia do vilo corial;
- Perfil biofísico do feto;
- Tococardiografia intraparto;
- Cerclagem do colo uterino;
- Curetagem pós-aborto; e
- Dopplerfluxometria.

GUIA MÉDICO (ou GUIA MÉDICOS DE SERVIÇOS): é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros. A cobertura para os Hospitais de Tabelas Próprias ou Hospitais de Alto Custo é objeto de contratação de plano específico com essa cobertura. Correspondem aos

hospitais que utilizam tabelas diferentes das praticadas pela CONTRATADA e demais cooperativas do Sistema Nacional Unimed, para remuneração dos serviços médicos e hospitalares.

HOSPITAL DIA: é o termo utilizado dentro da rede hospitalar conveniada à UNIMED, para expressar que a internação se fará com permanência em período diurno (até 12 horas), sem pernoite. Comumente também são empregados os termos "Day Clinic" ou "Day Hospital" para expressar a mesma coisa, qual seja internação de curta duração em período diurno, respeitada a cobertura contratada.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o ingresso do BENEFICIÁRIO em um dos hospitais da rede credenciada, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento de complexidade maior que os atendimentos prestados ambulatorialmente.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Nacional UNIMED.

MENSALIDADE: é o valor pecuniário relativo a cada BENEFICIÁRIO, a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato.

OBESIDADE MÓRBIDA (OM): Conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde ocorre quando o índice de massa corporal (IMC) for igual ou maior que 40, sendo que este índice é definido pela relação entre o peso do usuário em kg dividido pela altura, em metros, elevado ao quadrado. Assim: OM = Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 40, sendo:

$$IMC = \frac{PESO}{ALTURA^2}$$

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PARTO A TERMO: é o parto de evolução e tempo de gestação normal (de 37 a 41 semanas e 06 dias).

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

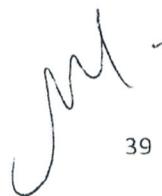
PLANO: é a opção de coberturas adquiridas pelo CONTRATANTE.

PLANO REFERÊNCIA: plano de saúde instituído pelo artigo décimo da lei n.º 9.656/98 (publicada no DOU de 04.06.98), de oferecimento obrigatório por parte das operadoras de planos de saúde, que engloba atendimentos nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, em enfermária, com condições especiais para os atendimentos de urgência e emergência.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): São aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, atualizada periodicamente, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela CONTRATADA.



PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento validado pela CONTRATADA e preenchido seguindo informações passadas pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato e confirma a intenção do CONTRATANTE de aderir ao presente contrato.

PRÓTESES: peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

RECURSOS PRÓPRIOS ou REDE PRÓPRIA: a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA; b) médica: constituída por profissional cooperado da CONTRATADA.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, interligadas através de Manual de Intercâmbio, para a prestação de serviços aos BENEFICIÁRIOS, sendo que as UNIMED's são independentes entre si, não havendo qualquer vinculação ou subordinação entre as mesmas.

TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos): é uma lista de procedimentos, editada pela Agência Nacional de Saúde, através da Resolução RDC 17/2000, com a finalidade única de viabilizar o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, conforme conceito legal trazido pela Lei no 9.656/98.

USUÁRIO: é a pessoa física inscrita junto à CONTRATADA que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, ou de seus respectivos dependentes.

USUÁRIO TITULAR: é a pessoa física, inscrita e indicada pelo Contratante na proposta de admissão, que usufruirá os serviços ora pactuados, sendo-lhe facultada a inclusão de dependentes, na forma prevista neste contrato.

18.15. Este contrato foi elaborado considerando a legislação vigente até 02 de janeiro de 2014. Qualquer alteração no Rol de Procedimentos da ANS, atualmente previsto, altera automaticamente o presente contrato, nos termos da normatização da ANS, ficando desde já o Contratante ciente dessa possibilidade.



XIX – ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Fica eleito o domicílio do CONTRATANTE como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

E, por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente contrato e a proposta de admissão, que é parte integrante deste instrumento, na presença das testemunhas abaixo para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Local e data: T. Rio, 01 de maio de 2015.

Contratante: _____

CPF nº _____

[Handwritten signature]

Anderson B. Zanon
Prestador de Serviços

Contratada: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

I - Testemunha:

II- Testemunha:
