

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Caldas Novas

CONDIÇÕES GERAIS

Plano Coletivo Empresarial ou Adesão

ANS - nº 343765

Nov/2020 - 1ª Edição



ÍNDICE

CLÁUSULA I -ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
CLÁUSULA II-CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
SEÇÃO I – PESSOAS ELEGÍVEIS PARA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO.....	3
SEÇÃO II – INSCRIÇÃO DO RECÉM -NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA.....	4
SEÇÃO III – INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA	4
SEÇÃO IV – DISPOSIÇÕES FINAIS RELATIVAS AS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO	5
CLÁUSULA III-COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
SEÇÃO I – DISPOSIÇÕES GERAIS	6
SEÇÃO II – COBERTURA AMBULATORIAL	6
SEÇÃO III -COBERTURA HOSPITALARCOM OBSTETRÍCIA	8
CLÁUSULA IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA	11
CLÁUSULA V – DA PERÍCIA E APRIMORAMENTO	14
CLÁUSULA VI – DAS CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL	14
SEÇÃO I – DISPOSIÇÕES INICIAIS	14
SEÇÃO II – DA CARÊNCIA PARA OS CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS	15
SEÇÃO III – DA CARÊNCIA PARA O MENOR DE 12 ANOS ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA E DO FILHO MENOR DE 12 ANOS COM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.....	14
SEÇÃO IV – QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA E À COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM-NASCIDO.....	15
SEÇÃO V – DISPOSIÇÕES FINAIS	15
CLÁUSULA VII-DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	16
SEÇÃO I – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E RESPECTIVA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	16
SEÇÃO II – DA ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE	17
SEÇÃO III – DOS CASOS EM QUE NÃO OCORRERÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES	17
CLÁUSULA VIII-ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
SEÇÃO I. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PERÍODOS DE CARÊNCIA E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	18
CLÁUSULA IX – DA REMOÇÃO	18
CLÁUSULA X – DOREMBOLSO	20
CLÁUSULA XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
SEÇÃO I – CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO	21
SEÇÃO II – DA COPARTICIPAÇÃO	21

SEÇÃO III – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	21
CLÁUSULA XI– FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	23
CLÁUSULA XII–DO REAJUSTE	24
SEÇÃO I – REAJUSTE ECONÔMICO.....	24
SEÇÃO II – REAJUSTE TÉCNICO.....	24
SEÇÃO III – REAJUSTE PARA AGRUPAMENTO DE CONTRATOS.....	25
SEÇÃO IV – FAIXAS ETÁRIAS.....	25
SEÇÃO V - DISPOSIÇÕES GERAIS PARA O REAJUSTE.	26
CLÁUSULA XIV-REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	26
SEÇÃO I – DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO PARA EX -FUNCIONÁRIO E APOSENTADOS.....	26
SEÇÃO II – DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS COMVÍNCULO EMPREGATÍCIO	27
CLÁUSULA XV-CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	28
CLÁUSULA XVI-DURAÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO	28
CLÁUSULA XVII–DA RESCISÃO	29
CLÁUSULA XVIII–DISPOSIÇÕES GERAIS	29
CLÁUSULA XIX– ELEIÇÃO DE FORO	30
ANEXO I – TERMOLOGIAS E DEFINIÇÕES DO CONTRATO.....	32
ANEXO II – CONTRATO DE REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR	37
ANEXO III – GUIA DE LEITURA CONTRATUAL	42
ANEXO IV – MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PALNOS DE SAÚDE	44

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura dos custos médico-hospitalares, e das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **EXCLUSIVAMENTE** de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atribuições, a ser prestado através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede credenciada pela CONTRATADA.

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, oneroso, que geram direitos e obrigações às partes, na forma do disposto no Código Civil Brasileiro. De modo que, as partes identificadas no proposta de adesão ao contrato e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e CONTRATADA, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir ajustadas e nos termos do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor - CDC.

CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO

SEÇÃO I. PESSOAS ELEGÍVEIS PARA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

2.1 - Para os contratos do tipo **COLETIVO EMPRESARIAL**, são elegíveis para condição de beneficiários **TITULARES** do presente contrato, as pessoas que comprovem os seguintes vínculos com a CONTRATANTE:

- I. relação empregatícia ou estatutária; (GFIP/SEFIP/CAGED, contrato social ou ATA);
- II. os sócios da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- III. os administradores da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- IV. os agentes políticos;
- V. os trabalhadores temporários; e
- VI. os estagiários e menores aprendizes.

2.1.1 - São elegíveis para condição de beneficiários **DEPENDENTES** do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- I. seu cônjuge ou companheiro, inclusive os do mesmo sexo, que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil, comprovada por escritura pública de união estável;
- II. seu(s) filho(s);
- III. seu(s) enteado(s) desde que o cônjuge esteja incluído como dependente;
- IV. menor sob guarda ou tutela judicial do titular;
- V. as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do titular.

2.2 - Para os contratos do tipo **COLETIVO POR ADESÃO**, são elegíveis para condição de beneficiários **TITULARES** do presente contrato, as pessoas que possuam vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as seguintes pessoas jurídicas CONTRATANTE.

- I. conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II. sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III. associações profissionais legalmente constituídas;

-
- IV.cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V.caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI.entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985.

2.2.1 - São elegíveis para condição de beneficiários **DEPENDENTES** do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- I. seu cônjuge ou companheiro, inclusive os do mesmo sexo, que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil, comprovada por escritura pública de união estável;
- II. seu(s) filho(s);
- III. seu(s) enteado(s) desde que o cônjuge esteja incluído como dependente;
- IV. menor sob guarda ou tutela judicial do titular;
- V. as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do titular.

2.3 - O não cumprimento das condições de elegibilidade dispostas nesta seção impossibilita a inscrição no presente contrato.

SEÇÃO II. INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA

2.4 - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de **segmentação hospitalar com obstetrícia**, desde que cumpra as condições de elegibilidade previstas no presente contrato, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

- I. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- II. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
- III. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

2.5 - O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito **no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia** pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda.

SEÇÃO III. INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA

2.6 - Poderão ainda ser inscritos no plano, desde que estejam dentre as pessoas elegíveis definidas na Seção I deste Capítulo, no prazo de 30 (trinta) dias do evento que conferiu este direito, os seguintes beneficiários:

- I. o menor de 12 anos adotado pelo beneficiário titular do plano de saúde, ou sob sua guarda ou tutela judicial, prazo contado da adoção, guarda ou tutela judicial;
- II. o filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário titular, prazo contado da data do reconhecimento.

SEÇÃO IV. DISPOSIÇÕES FINAIS RELATIVAS AS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO

2.7 - Poderá ainda ser inscrito no plano, desde que estejam dentre as pessoas elegíveis definidas na Seção I deste Capítulo, no prazo de 30 (trinta) dias do evento que conferiu este direito, o cônjuge recém-casado com o beneficiário titular, prazo contado da celebração do matrimônio ou da união estável oficial (comprovada por escritura pública).

2.8 - O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pela CONTRATANTE através de meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda através de planilhas fornecidas pela CONTRATADA, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

2.9 - A CONTRATANTE tem o dever de encaminhar à CONTRATADA os documentos probatórios do vínculo com o beneficiário titular e da qualidade dos dependentes do mesmo, e ainda, os documentos de identificação pessoal, comprovante de endereço e outros solicitados pela CONTRATADA.

2.10 - Se não houver a inscrição no prazo no prazo de 30 (trinta) dias definido nas Seções II e III da presente cláusula, a CONTRATANTE deverá providenciar a transferência, sob suas exclusivas expensas, ou arcar com as despesas decorrentes da internação, a partir do 31º dia.

2.11 - A CONTRATANTE responsabiliza-se civil e criminalmente através de seus representantes legais, pelas informações sobre a titularidade ou dependência dos inscritos, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária.

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

2.13 - **Deverá** a contratante realizar a movimentação cadastral de inclusão e exclusão de beneficiários, **VIA WEB**, em programa exclusivo, direcionada para a CONTRATADA, onde já estão definidos os padrões de inclusões imediatas, sendo garantido o atendimento para os beneficiários incluídos no primeiro dia útil após a solicitação da CONTRATANTE.

2.14 - Para efeito de faturamento das inclusões imediatas de beneficiários será considerado o próximo dia útil do fechamento do lote, ficando a CONTRATANTE ciente que serão cobradas as mensalidades proporcionais (*pro rata*).

2.15 - O envio das documentações de inclusão serão enviados pela CONTRATANTE à CONTRATADA pelo portal da CONTRATADA obrigatoriamente.

2.16 - Os beneficiários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio após a efetivação dos seus cadastros, expedido pela CONTRATADA onde constarão, através de meios eletrônicos, dados pessoais, informações sobre o tipo de plano, carências, quando for o caso, e outras informações que se fizerem necessários, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade com foto é indispensável para qualquer atendimento.

2.17 - Os serviços previstos neste contrato só poderão ser utilizados pelos beneficiários regularmente inscritos pela CONTRATANTE e aceitos pela CONTRATADA, a partir da data da inclusão e do término das carências, respeitando o determinado nas cláusulas de condições de admissão e os períodos de carência previstos neste instrumento.

2.18 - Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá atender as seguintes condições abaixo especificadas:

a) Não estar incluso no cadastro restritivo de crédito;

b) Apresentar à CONTRATADA os documentos que demonstrem que a empresa foi constituída há, no mínimo, 06 (seis) meses (Certificado de Microempreendedor Individual, Requerimento de Empresário Individual ou outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes), bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal no momento da contratação;

CLÁUSULA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

SEÇÃO I. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, **desde que os respectivos tratamentos e procedimentos sejam realizados junto à rede credenciada relativa ao plano e ESTEJAM PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, bem como sejam cumpridas as diretrizes de utilização definidas pelo referido Órgão Regulador.**

3.2 - O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS se define como o espectro de cobertura do presente contrato, sendo o referido Rol utilizado para auferir toda a avaliação de **risco, precificação, mutualismo e solidariedade intergeracional**, de forma a garantir o essencial equilíbrio contratual e profícua assistência à saúde aos beneficiários.

3.3 - **A cobertura será exatamente a cobertura mínima obrigatória que esteja prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** da Agência Nacional de Saúde Suplementar e respectivas Diretrizes de Utilização, **não possuindo cobertura qualquer pedido que ultrapasse os referidos limites mínimos obrigatórios.**

3.4 - **Todo e qualquer procedimento não previsto ou requisitado fora do limite ou das diretrizes de utilização definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar não possuem cobertura contratual.**

3.5 - Constitui parte integrante do presente contrato o respectivo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, inclusive as respectivas Diretrizes de Utilização, o qual a CONTRATANTE declara plena e integral ciência e concordância.

Parágrafo único – O referido Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS encontra-se disponível no sítio eletrônico

<http://www.ans.gov.br/>.

SEÇÃO II. COBERTURA AMBULATORIAL

3.6 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo ser**

seguida as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e que se cumpra as respectivas Diretrizes de Utilização, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

3.7 - Desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, seguindo as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e as respectivas Diretrizes de Utilização, a cobertura ambulatorial compreende:

- I. cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo em número e de acordo com a previsão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- IV. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- V. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VI. cobertura das ações de planejamento familiar, desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;
- VII. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme regras do presente contrato e Resolução CONSU n.º 13/98;
- VIII. 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 da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- IX. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- X. cobertura de 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 e desde que previstos nos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XI. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
 - a) **medicamento genérico**: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e

qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) **medicamento fracionado**: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA;

XII. cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial;

XIII. cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais 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;

XIV. cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Parágrafo 1º: A segmentação ambulatorial, dentre as outras exclusões previstas neste contrato, não cobre:

a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;

b) quimioterapia oncológica intra-renal ou que demande internação; e

c) embolizações.

Parágrafo 2º: Para efeitos do disposto no inciso I do item 3.7, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

SEÇÃO III. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.8 - A cobertura hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução CONSU n.º 13/98, desde que os referidos procedimentos estejam **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo ser seguida as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e que se cumpra as respectivas Diretrizes de Utilização**, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

3.9 - **Desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, seguindo as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e as respectivas Diretrizes de Utilização, a cobertura hospitalar compreende:

I. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação **hospitalar**;

II. cobertura de hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas na Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

III. cobertura de transplantes, **desde que expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme competência prevista no §4º do art. 10 da Lei 9.656/98**, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

-
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

IV. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitando-se a segmentação contratada;

V. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo ser seguidas as regras definidas pelo Conselho Federal de Medicina para a solicitação dos referidos materiais;

VI. cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e
- c) pessoas com deficiência;

VII. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VIII. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 e desde que previstos nos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- c) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando,

preferencialmente, as seguintes características: medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA;

d) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

g) embolizações desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção. Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso VIII, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - 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; e

II - 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 da segmentação hospitalar e plano referência.**

3.10 - A internação psiquiátrica seguirá as seguintes regras de cobertura:

a) Nos primeiros 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a cobertura será realizada consoante regras gerais, inclusive em relação aos mecanismos de regulação financeira, como coparticipação e franquia.

b) A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, haverá coparticipação do beneficiário de 50% (cinquenta por cento);

3.11 - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, desde que os procedimentos estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, devendo sempre observar os respectivos limites e diretrizes de utilização.

Parágrafo único: Cumpridas as condições previstas no presente contrato, como carência, a cobertura obstétrica compreende:

I. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, utilizando-se das carências já cumpridas pelo beneficiário.

3.12 - Após o período previsto no inciso II do parágrafo único do item anterior, caso não ocorra a inscrição do recém-nascido ao plano, seja por perda de prazo ou mesmo inexistência de elegibilidade, a CONTRATANTE e o beneficiário deverão providenciar, em caso de recém-nascido internado, a transferência, sob suas exclusivas expensas, ou arcar com as despesas a partir do 31º dia do nascimento.

3.13 - A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência de 300 (trezentos) dias.

3.14 - Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

I. caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

II. caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

a) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;

b) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

c) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

d) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

3.15 - A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - NÃO POSSUI COBERTURA QUALQUER PROCEDIMENTO E/OU TRATAMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE

SAÚDE SUPLEMENTAR E/OU QUE EXCEDA A COBERTURA MÍNIMA OBRIGATÓRIA QUE ESTEJA PREVISTA NO REFERIDO ROL E/OU QUE NÃO CUMPRA AS RESPECTIVAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO.

4.2 - Além da expressa exclusão prevista no artigo anterior, não possui cobertura:

- I. atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional de caráter eletivos, inclusive nos casos de urgência e emergência, realizados em hospitais fora da rede credenciada Unimed, bem como realizados em Hospitais de Alto Custo, Tabela diferenciada, rede máster, tais como: Albert Einsten, Beneficência Portuguesa, Sírio Libanês e similares;
- II. Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- III. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, isto é, que empreguem medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e/ou não regularizados no Brasil, ou ainda aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, ou ainda aquele cujas indicações não constem da bula e/ou manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- IV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- V. Qualquer tipo de Inseminação artificial, tais como Fertilização *in vitro*, 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, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgias para mudança de sexo;
- VII. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- VIII. Internações ou hotelaria em Spás ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;
- IX. Tratamentos clínicos e/ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento;
- X. Transplantes de fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outros de qualquer natureza, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XI. Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XII. Tratamentos odontológicos;
- XIII. Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;
- XIV. Exame de paternidade;
- XV. Acupuntura por profissionais não médicos;
- XVI. Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVII. Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- XVIII. Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- XIX. Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- XX. Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

XXI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

XXII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

XXIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XXIV. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXV. Realização de quaisquer tipos de exames admissionais, demissionais e para concursos públicos;

XXVI. Vacina imunizante (exceto se internado);

XXVII. ATENDIMENTO DOMICILIAR, compreendendo, dentre outros:

a) Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;

b) Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

c) Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;

d) Serviços de enfermagem em caráter particular;

e) Serviços de enfermagem domiciliar;

f) Remoção domiciliar.

XXVIII. Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;

XXIX. Despesas hospitalares de iniciativa do beneficiário e não prescritas pelo médico assistente;

XXX. Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese do disposto no artigo 33 da Lei n.º 9.656/98;

XXXI. Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XXXII. Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;

XXXIII. Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

4.3 - O presente plano de saúde não disponibiliza livre escolha de profissionais aos beneficiários, devendo os procedimentos cobertos, INCLUSIVE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, serem realizados única e exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA e que esteja vinculada ao plano escolhido.

Parágrafo 1º: A CONTRATADA não se responsabiliza, não tendo direito a reembolso, por quaisquer atendimentos e procedimentos realizados pelos beneficiários em profissionais que não participem da rede credenciada de seu plano.

Parágrafo 2º: A rede credenciada deve estar vinculada ao plano de saúde contratado, estando excluídos todos e quaisquer prestadores que não estiverem vinculados ao plano, tais como prestadores de alto custo e de tabela própria, ainda que os mesmos sejam credenciados às cooperativas que integram o Sistema Nacional Unimed.

4.4 - A CONTRATADA disponibiliza profissionais de saúde habilitados, pelos seus respectivos conselhos, para atender procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, mas NÃO ESTÁ OBRIGADA A DISPONIBILIZAR PROFISSIONAL APTO A EXECUTAR DETERMINADA TÉCNICA OU MÉTODO.

CLÁUSULA V - DA PERÍCIA E APRIMORAMENTO

5.1 - À CONTRATADA fica reservado o direito de:

- I. Fazer perícia e auditoria para liberação de todo e qualquer procedimento, sendo obrigatório comparecimento do beneficiário sempre que solicitado;
- II. Realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela CONTRATANTE e beneficiários, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinente.

5.2 - A CONTRATADA poderá realizar junta profissional para dirimir eventuais divergências nas solicitações de procedimentos, devendo o beneficiário apresentar as informações pertinentes para elucidação da dissensão.

Parágrafo único: A realização da junta profissional deverá seguir as regras delineadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

CLÁUSULA VI – DAS CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL

SEÇÃO I. DISPOSIÇÕES INICIAIS

6.1 - Carência é o período que o beneficiário deve cumprir para início das coberturas previstas no contrato.

6.2 - Todos os beneficiários, salvo exceções **expressamente previstas neste contrato, **deverão cumprir os seguintes períodos de carências abaixo definidos:****

- a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de ACIDENTES PESSOAIS/URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos limites da lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação;
- b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos;
- c) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- d) 30 dias consultas eletivas, exames de laboratório e raios X sem contraste.

6.3 - A contagem dos prazos de carências iniciará a partir da inclusão do beneficiário no plano coletivo.

SEÇÃO II. DA CARÊNCIA PARA OS CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS

6.4 - Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência se o beneficiário pedir para ingressar no presente plano coletivo empresarial, cumpridas **concomitantemente** as seguintes exigências:

- a) O plano contenha no momento do pedido de ingresso número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários; e

b) Que o pedido de ingresso seja formalizado em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Parágrafo 1º: O presente item não se aplica ao caso do MENOR DE 12 ANOS ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA e DO FILHO MENOR DE 12 ANOS COM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL e DO RECÉM-NASCIDO, que seguirão as regras especiais definidas nas seções seguintes.

Parágrafo 2º: Não cumpridas as condições acima, os beneficiários cumprirão normalmente os períodos de carência previstos no item 6.2 do presente contrato.

SEÇÃO III. DA CARÊNCIA PARA O MENOR DE 12 ANOS ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA E DO FILHO MENOR DE 12 ANOS COM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL

6.5 - O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, e, desde que inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso, e desde que esteja prevista sua elegibilidade no contrato.

6.6 - O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente e desde que inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitará os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

SEÇÃO IV. QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA E À COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM- NASCIDO

6.7 - Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, desde que inscrito em até 30 dias do nascimento, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

I. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

II. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

SEÇÃO V. DISPOSIÇÕES FINAIS

6.8 - As exceções ao cumprimento dos prazos de carência estão expressamente previstas no presente contrato e, não cumpridas as respectivas condições, o beneficiário deverá cumprir integralmente as carências previstas no item 6.2.

6.9 - Qualquer alteração de plano pelos beneficiários que importe na modificação de ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) para ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO),

o beneficiário somente poderá usufruir da acomodação individual (apartamento) após o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carência, contados da data de sua inclusão no novo plano, observada a não interrupção de pagamento das contraprestações pecuniárias.

6.7 - Qualquer portabilidade de carências seguirá estritamente as regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e que sejam aplicáveis ao presente plano de acordo com a data de sua assinatura.

CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

SEÇÃO I. DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E RESPECTIVA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

7.1 - DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Parágrafo único: O beneficiário titular e/ou seus dependentes estão obrigados, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

7.2 - A informação da Doença ou Lesão Preexistente será prestada por meio do preenchimento de Declaração de Saúde.

Parágrafo 1º: O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Parágrafo 2º: O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Parágrafo 3º: Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não indicado pela CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

7.3 - Na Declaração de Saúde o beneficiário titular e/ou seus dependentes deverão relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual, ficando sujeito à rescisão do contrato e pagamento de indenização por danos causados pelo ilícito praticado.

7.4 - A inscrição dos beneficiários somente efetivar-se-á após apresentação à CONTRATADA das Declarações de Saúde, aplicando-se a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) para aqueles que sejam portadores de doenças ou lesões preexistentes constantes nas Declarações de Saúde. **Parágrafo 1º: A Cobertura Parcial Temporária (CPT) se caracteriza pela suspensão por um período de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.**

Parágrafo 2º: A contagem do período da CPT iniciar-se-á a partir da inclusão do beneficiário no plano coletivo.

7.5 - O período de CPT não se confunde com as CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL, que estão definidas em capítulo próprio neste contrato, sendo institutos diversos e, portanto, a exclusão de um **não afasta a obrigatoriedade do cumprimento de outro**.

7.6 - Na hipótese do beneficiário estar em período de cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para o que for relacionado à DLP será limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, cessando previamente a partir da necessidade de internação, quando a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE e do BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus à operadora.

SEÇÃO II. DA ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

7.7 - Havendo alegação pela operadora do conhecimento de doença ou lesão preexistente e não declarada por ocasião da contratação do plano privado de assistência à saúde, o beneficiário será imediatamente comunicado pela CONTRATADA.

7.8 - Caso o beneficiário não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência ou não e aguardará o julgamento.

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

7.10 - Constatando-se omissão ou falsidade nas declarações preenchidas, o beneficiário ficará sujeito à rescisão do contrato e pagamento de indenização por danos causados pelo ilícito praticado.

Parágrafo 1º: Constitui, dentre outros, dano à CONTRATADA todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes efetuadas após a data da efetiva comunicação (notificação) realizada pela CONTRATADA ao beneficiário.

7.11 - É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

SEÇÃO III. DOS CASOS EM QUE NÃO OCORRERÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.12 - Não ocorrerá cobertura parcial temporária para doenças ou lesões pré-existentes se o beneficiário pedir para ingressar no presente plano coletivo empresarial, cumpridas **concomitantemente** as seguintes exigências:

- a) O plano contenha no momento do pedido de ingresso número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários; e
- b) Que o pedido de ingresso seja formalizado em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

7.13 - Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros trinta dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;

b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
c) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.

7.14 - Na hipótese de inscrição fora das condições previstas nesta seção será formalizada a arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Define-se como URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, de acordo com o artigo 35-C da Lei 9.656/98:

a) EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

b) URGÊNCIA: é o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.2 - DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DE INSCRIÇÃO DO BENEFICIÁRIO NO CONTRATO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, OBSERVADAS AS REGRAS DEFINIDAS NA PRESENTE CLÁUSULA, DESDE QUE UTILIZE A REDE CREDENCIADA DO PRESENTE CONTRATO, **EXCLUINDO MESMO NESTES CASOS, OS HOSPITAIS DE ALTO CUSTO OU TABELA PRÓPRIA E CATEGORIA DIFERENCIADA.**

SEÇÃO I. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PERÍODOS DE CARÊNCIA E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

8.3 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas **APENAS** em AMBIENTE AMBULATORIAL, nos seguintes casos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- I. atendimentos decorrentes do processo gestacional, **durante o período de carência para parto;**
- II. atendimentos que evoluírem para internação, durante o período de carência para internação;
- III. atendimento que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes durante o período de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

8.4 - A partir do prazo estabelecido no item anterior – primeiras 12 (doze) horas do atendimento, e/ou havendo a necessidade de continuidade do tratamento em regime hospitalar – a responsabilidade financeira passa a ser do CONTRATANTE e do BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus à operadora.

CLÁUSULA IX – DA REMOÇÃO

9.1 - A presente cláusula dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, **com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.**

9.2 - A remoção de beneficiários de plano com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da CONTRATADA, quando ocorrer:

- I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, **apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011;** e

V - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

Parágrafo único. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

9.3 - A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatórias seguintes hipóteses:

I - de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011; ou

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

9.4 - Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze) horas em caso de urgência e emergência e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

a) em período de carências para internação e/ou parto;

b) em período de Cobertura Parcial Temporária para DLP.

9.5 - Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviços de emergência, visando a continuidade do atendimento.

9.6 - Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, cessando a sua responsabilidade quando efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

9.7 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS ou a remoção não puder ser realizada em virtude de risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA X – DO REEMBOLSO

10.1 Terá o beneficiário direito a reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

Parágrafo 1º: O termo "nos limites das obrigações contratuais" significa que somente são reembolsáveis os procedimentos que possuem cobertura contratual.

Parágrafo 2º: O reembolso ao beneficiário será realizado de acordo com os valores da tabela de preços praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada (TABELA UNIMED), ou seja, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

10.2 - Para realizar o pedido de reembolso, faz-se necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- I. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio, disponibilizado pela CONTRATADA;
- II. Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados e a data do atendimento;
- III. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- IV. Relatório hospitalar discriminando a data da internação e da alta hospitalar, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais originais;
- V. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- VI. Quaisquer outros documentos solicitados pela CONTRATADA, para avaliação das condições necessárias à análise do pedido de reembolso.

10.3 - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento de urgência e emergência que originou o atendimento ao beneficiário e que estejam contempladas na cobertura contratada.

10.4 - Os procedimentos realizados em períodos de suspensão contratual não serão reembolsáveis.

10.5 - A partir da entrega de toda documentação, a CONTRATADA terá o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso.

Parágrafo 1º: O prazo definido no caput é reiniciado em caso de pedido de complemento de documentos ao beneficiário.

10.6 - O pagamento do reembolso será realizado somente ao beneficiário titular ou, em caso de falecimento deste, ao respectivo representante nomeado judicialmente.

10.7 - O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 1 (um) ano da data do evento.

CLÁUSULA XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1 - Para obter as coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a utilização dos serviços prestados.

11.2 - Fica expressamente proibida a realização de acordo particular pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, não tendo a CONTRATADA quaisquer responsabilidades acerca do referido ajuste, correndo as despesas decorrentes do ato por conta exclusiva do CONTRATANTE e BENEFICIÁRIO.

SEÇÃO I. CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO

11.3 - Para obtenção do atendimento, é obrigatória a apresentação do respectivo cartão magnético de identificação do beneficiário além do documento de identificação com foto.

11.4 - Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida do referido documento.

11.5 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético de identificação, o beneficiário deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA.

Parágrafo único - O ônus da emissão de uma segunda via do cartão de identificação do beneficiário será do CONTRATANTE.

SEÇÃO II. DA COPARTICIPAÇÃO

11.6 – PARA OS PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO DO CONTRATANTE NOS VALORES DAS CONSULTAS MÉDICAS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS E/OU NOS PROCEDIMENTOS REFERENTES A TERAPIAS, LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E FRANQUIA NAS INTERNAÇÕES, CONFORME ESTABELECIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO.

11.7 - A coparticipação e/ou franquia consiste no pagamento pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, de uma parte da despesa assistencial após a realização do(s) procedimento(s), estipulada previamente em valor fixo ou percentual.

11.8 - A COPARTICIPAÇÃO TERÁ COMO BASE DE CÁLCULO AS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DA CONTRATADA, E, SEMPRE QUE HOUVER ALTERAÇÃO NOS VALORES DESTAS TABELAS, SERÁ AUTOMATICAMENTE APLICADO AO PLANO CONTRATADO.

SEÇÃO III. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

11.9 - Os serviços contratados, seguindo as condições contratuais, como cobertura e área de atuação do plano, são prestados da seguinte forma:

I. Consultas médicas eletivas: Os beneficiários serão atendidos pelos médicos cooperados e vinculados ao plano, observando o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio.

II. Consultas médicas em pronto socorro: As consultas em pronto socorro serão realizadas na rede credenciada do plano e prestadas pelo médico que estiver de plantão.

III. Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora do plano, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da CONTRATADA ou de outra Cooperativa Unimed autorizada pela CONTRATADA, em razão do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

IV. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora do plano, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da CONTRATADA ou de outra Cooperativa Unimed autorizada pela CONTRATADA, em razão do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

11.10 - O Beneficiário, para obtenção da cobertura assistencial de seu plano, deve requerer prévia autorização da CONTRATADA, que garantirá o atendimento nos prazos definidos na Resolução Normativa n. 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo único: Os casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede credenciada, seguirão as regras definidas pela Resolução Normativa n.º 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.11 - Para autorização prévia, o beneficiário deverá entrar em contato com a CONTRATADA, podendo se utilizar de atendimento telefônico ou presencial (quando existente), sempre ciente das informações constantes de seu cartão magnético de identificação, guia de solicitação do procedimento, além do laudo, relatório e exames e quaisquer outros documentos para avaliação do pedido.

Parágrafo único: Poderá ser exigida a apresentação da documentação por meio físico pela CONTRATADA, que deve ser entregue no local de atendimento presencial ou outro definido e informado pela CONTRATADA no momento da solicitação, tais como a unidade de INTERCÂMBIO da Unimed do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

11.12 - Caso seja necessária a presença do beneficiário para perícia, este deverá comparecer ao local indicado pela CONTRATADA, munido dos documentos solicitados.

11.13 - A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico desempatador para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada do plano.

11.14 - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na rede credenciada do plano contratado e sua respectiva área de atuação, que pode ser consultada através do site www.unimedcaldas.coop.br e pelo telefone 0800 642 1540.

11.15 - A CONTRATADA, reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

11.16 - É facultada à CONTRATADA a substituição de entidades hospitalares e prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, conforme regras regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo único: Configura-se entidade hospitalar o estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

11.17 - A substituição especificamente de entidade hospitalar vinculada à rede do produto poderá ocorrer 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.

Parágrafo 1º: Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Parágrafo 2º: Excetuam-se os casos de substituição de entidade hospitalar, por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Parágrafo 3º: O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

CLÁUSULA XII – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

12.1 - A formação do preço deste plano de saúde será em regime de PRÉ-PAGAMENTO, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária será adimplido pela CONTRATANTE antes da utilização das coberturas contratadas.

12.2 - O pagamento dos valores previstos em contrato será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, exceto nos casos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9.656/98, situação em que esta responsabilidade incumbe ao beneficiário titular.

12.3 - Para ter direito aos serviços contratados, a CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA até a data de vencimento os valores de inscrição (a título de despesas operacionais iniciais por beneficiário inscrito no plano) e mensalidade de todos os beneficiários inscritos além dos valores relativos à coparticipação.

12.4 - O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por meio de cobrança bancária e quando o expediente cair em dia em que não há expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

12.5 - Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.

12.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento de quaisquer valores previstos neste contrato, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, mais multa de 2% (dois por cento).

12.7 - Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias, das coparticipações, quaisquer outras despesas decorrentes do contrato constituem dívida líquida e certa de responsabilidade do CONTRATANTE, passível de execução, mesmo após a rescisão do contrato.

12.8 - Na hipótese de o beneficiário solicitar segunda via do cartão de identificação deverá estar munido da cópia do BOLETIM DE OCORRÊNCIA declarando a perda ou roubo, sendo devido à CONTRATADA cobrar taxa de emissão por cartão com o valor vigente a época da solicitação.

CLÁUSULA XIII – DO REAJUSTE

13.1 - Os valores previstos neste contrato foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos cobertos (Rol de Procedimentos e Eventos da ANS), as carências, a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, dessa forma, qualquer alteração nestes itens ensejará a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente negociado e aditado entre as partes.

13.2 - Anualmente será aplicado o reajuste econômico e técnico conforme estabelecido nesta cláusula.

SEÇÃO I. REAJUSTE ECONÔMICO

13.3 - Os valores das mensalidades e tabelas de preços serão reajustadas automaticamente e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice da Agencia Nacional de Saude Suplementar (ANS), acumulado nos últimos 2 (doze) meses. Na falta da divulgação do índice da ANS, será utilizado o índice que vier a substituí-lo oficialmente. E na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal

13.3 - Caso o índice adotado acumular saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

SEÇÃO II. REAJUSTE TÉCNICO

13.4 - O reajuste técnico será aplicado caso a sinistralidade (S) seja superior à meta de sinistralidade (Sm) de 75,0% (setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à base de aniversário do contrato.

13.5 - Na hipótese de constatar necessidade de aplicação de reajuste técnico (RT), o índice estipulado na seção anterior – reajuste econômico, será adicionado ao reajuste técnico, apurado conforme a fórmula a seguir:

$$RT = (S \div Sm) - 1$$

Onde:

$$S = (CD - C) \div R$$

Sendo:

S = Sinistralidade;

CD = Custo Direto - são as despesas médicas e/ou hospitalares que são compostas dos honorários sobre consultas e outros procedimentos, serviços auxiliares de diagnósticos e terapias (SADT), diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, e demais custos relativos à assistência à saúde dos últimos 12 (doze) meses;

C = Recuperação de coparticipação nos últimos 12 (doze) meses; R =

Receita de Mensalidade nos últimos 12 (doze) meses;

Sm = Meta de Sinistralidade correspondente a 75,0% (setenta e cinco por cento).

SEÇÃO III. REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

13.6 - O agrupamento dos contratos coletivos conforme determina a Resolução Normativa nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em seu artigo 2º, inciso I, tem por finalidade a distribuição do risco inerente à operação dos planos de saúde para todo o grupo de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

13.7 - A apuração da quantidade de beneficiários no contrato para a composição do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS será feita UMA ÚNICA VEZ POR ANO, no MÊS DE ANIVERSÁRIO de cada contrato ou no MÊS DA SUA CONTRATAÇÃO, se ainda não tiver feito aniversário.

13.8 - O CÁLCULO DO REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS SERÁ O MESMO UTILIZADO NAS SEÇÕES ANTERIORES.

13.9 - O percentual de reajuste obtido será aplicado no mês de aniversário do contrato integrante da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, no período compreendido a partir do mês de MAIO até ABRIL imediatamente posterior ao período de cálculo do índice de reajuste.

13.10 - Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a **carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS da operadora é tratada de forma unificada**, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

13.11 - O percentual de reajuste será único para todos os beneficiários do presente contrato e para todos os contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS.

13.12 - O reajuste a ser aplicado aos contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet, a partir do primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, conforme determinado pela norma em vigor.

Parágrafo único: O percentual de reajuste aplicado será informado também no boleto na fatura de cobrança. Serão ainda devidamente identificados no Portal Corporativo da operadora, na Internet, os contratos e seus respectivos planos que receberão o reajuste no período de aplicação.

SEÇÃO IV. FAIXAS ETÁRIAS

13.13 - As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias abaixo discriminadas e percentuais de reajuste constantes na proposta de adesão ao contrato:

FAIXAS ETÁRIAS
1ª - de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos de idade;
2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

13.14 - Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

13.15 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com os demais reajustes.

13.16 - Os percentuais de variação etária foram fixados observando-se os seguintes critérios:

I. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III. as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

SEÇÃO V. DISPOSIÇÕES GERAIS PARA O REAJUSTE

13.17 - Os reajustes efetuados no presente contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme determinado pela regulamentação em vigor, e não seguem as mesmas regras do reajuste para planos individuais e familiares.

13.18 - O presente contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei n.º 9.6596/98 ou se a legislação vier a permitir.

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

13.20 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato e os reajustes serão aplicados a todos os beneficiários, independentemente da idade.

CLÁUSULA XIV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

SEÇÃO I. DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO PARA EX-FUNCIONÁRIO E APOSENTADOS

14.1 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado **sem justa causa** que contribuiu para o plano, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo 1º: O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de contribuição neste plano, observando-se o mínimo de seis e o máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo 2º: No caso de contratação sucessiva de mais de uma operadora, os períodos de contribuição do ex-empregado com as várias operadoras serão considerados.

Parágrafo 3º: A contribuição do empregado para planos de saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para o cálculo do tempo de permanência na condição de inativo.

Parágrafo 4º: O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego, sendo este entendido como aquele que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, ou estejam inadimplentes com suas mensalidades por período superior a 60 dias, desde que notificados pela CONTRATADA até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência.

Parágrafo 5º: Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

Parágrafo 6º: Considera-se mesmas condições de cobertura assistencial a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver.

Parágrafo 7º: A CONTRATANTE deve formalizar, por escrito, ao beneficiário titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da comunicação do aviso prévio da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA.

Parágrafo 8º: O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

14.2 - Observadas as exigências do artigo anterior, ao aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde, é assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, por ocasião da vigência do contrato de trabalho, pelo seguinte tempo:

a) **se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais:** enquanto vigente o contrato coletivo empresarial ou até a admissão em novo emprego, sendo este considerado aquele que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

b) **se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos:** à razão de 1(um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo único - Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se como aposentadoria a do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

SEÇÃO II. DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

14.3 - Em observância ao direito do empregado aposentado ou demitido (ou exonerado) sem justa causa, de permanecer vinculado à contratação coletiva, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a CONTRATADA somente analisará a solicitação de exclusão de BENEFICIÁRIO TITULAR que contemplar as seguintes declarações da CONTRATANTE:

I. se o empregado contribuiu para o plano de saúde;

II. o motivo da extinção do contrato de trabalho;

III. se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;

IV. por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o plano;

V.se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter esta condição;
Parágrafo 1º: A CONTRATANTE deverá encaminhar à CONTRATADA documento que comprove a comunicação do direito previsto no artigo 30 e 31 da Lei n.º 9656/98, devidamente assinado pelo beneficiário titular.

Parágrafo 2º: Enquanto não forem prestadas formalmente as informações requeridas nesta cláusula, o beneficiário titular permanecerá na condição de vínculo ativo junto ao plano de saúde, tendo a CONTRATANTE integral responsabilidade pelo pagamento da contraprestação relativa a este.

CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

15.1 - Serão excluídos do plano os beneficiários que deixarem de deter os requisitos de elegibilidade previstos no contrato.

Parágrafo único: Os beneficiários dependentes serão excluídos em caso de exclusão do beneficiário titular.

15.2 - A CONTRATANTE se obriga a comunicar qualquer perda das condições de elegibilidade de beneficiários à CONTRATADA, além de recolher e devolver à CONTRATADA o cartão magnético individual de identificação, ficando responsável pelos atendimentos decorrentes da utilização indevida dos serviços.

15.3 - Os dependentes que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato (observadas às condições e tabelas vigentes para novos beneficiários), em até 30 (trinta) dias a contar da data de perda do direito de dependência, como beneficiário titular, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

15.4 - Caso seja devidamente comprovado que o beneficiário cometeu fraude, utilizando de forma indevida os serviços contratados, o beneficiário fraudulento, tanto titular como dependentes, serão excluídos do plano, ficando garantido à CONTRATADA o direito de emitir comprovante das despesas decorrentes da fraude, cujo pagamento será de responsabilidade da CONTRATANTE, sendo considerado título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

15.5 - É obrigação da CONTRATANTE, no caso de exclusão de beneficiários, comunicar a CONTRATADA, e recolher os respectivos cartões magnéticos individuais de identificação fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sob todos os aspectos perante a CONTRATADA, pelo seu uso indevido durante o período de validade dos mesmos, a partir da data de exclusão.

CLÁUSULA XVI – DURAÇÃO EVIGÊNCIA DO CONTRATO

16.1 - O presente contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir da data de implantação no sistema de gestão da CONTRATADA.

16.1.1 - Após o período de vigência inicial, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado, podendo, a partir de então, ser rescindido a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias, sem que assista às partes indenização, seja a que título for.

16.1.2 - Dentro do prazo mínimo de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias, ficando a CONTRATANTE sujeita ao pagamento da multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência mínima do contrato.

16.2 - A manutenção deste contrato dependerá da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário do contrato.

CLÁUSULA XVII – DA RESCISÃO

17.1 - O contrato poderá ser SUSPENSO e/ou RESCINDIDO, com a aplicação das penas convencionais eventualmente previstas e demais efeitos contratuais e legais, nas seguintes hipóteses:

- a) Inadimplemento pela CONTRATANTE dos valores previstos no contrato, por período superior a 60 (dez) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, mediante notificação prévia de 10(dez) dias para regularização do débito;
- b) Por conduta fraudulenta do CONTRATANTE ou de qualquer beneficiário pertencente ao presente instrumento, titular ou dependente, seja ela omissiva ou comissiva;
- c) Pelo inadimplemento das obrigações previstas no contrato, bem como pela quebra dos deveres de boa-fé e probidade contratual;

17.2 - A CONTRATANTE, em qualquer hipótese de rescisão contratual, se compromete:

- a) Comunicar a rescisão aos BENEFICIÁRIOS, informando da extinção da responsabilidade da CONTRATADA em realizar os serviços de assistência à saúde, sob pena de se responsabilizar por todo e qualquer prejuízo causado à CONTRATADA em razão de sua desídia;
- b) Recolher os cartões de identificação dos BENEFICIÁRIOS, sob pena de se responsabilizar por todo e qualquer prejuízo causado à CONTRATADA em razão da utilização indevida do documento.

17.3 - Em qualquer hipótese de inadimplemento de valores pela CONTRATANTE, fica facultada a CONTRATADA a promover a cobrança extrajudicial e judicial das faturas vencidas, com a ocorrência de antecipação do vencimento das vincendas, além de eventuais perdas e danos, acrescidas dos juros e penas convencionais ajustadas, atualização monetária, despesas e custas processuais e honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento).

17.3 - Constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE, no mês de aniversário do contrato, conforme determinado no parágrafo único da Cláusula XVI – Duração e Vigência do Contrato, o contrato será rescindido, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência.

Parágrafo único. Na comunicação mencionada no caput, deverá constar que a rescisão será realizada se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade de seu registro nos órgãos competentes.

CLÁUSULA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 - As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54, parágrafo 3.º do CDC, que a responsabilidade da CONTRATADA limita-se à relação de serviços enumerados na cláusula "Cobertura e Procedimentos Garantidos", considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS não tem cobertura neste contrato.

18.2 - A CONTRATANTE reconhece que o valor das mensalidades vencidas constituem dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a CONTRATADA proceder

a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

18.3 - Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos tem preferência na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

18.4 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE e BENEFICIÁRIOS deverão formalizar reclamação para a devida apuração.

18.5 - Toda e qualquer notificação/comunicação prevista neste contrato deverá ser encaminhada ao endereço constante da minuta contratual e informações dos beneficiários encaminhadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA, tendo plena validade e eficácia a notificação enviada aos referidos endereços, que devem ser mantidos atualizados, seja das partes contratantes, seja dos beneficiários.

18.6 - A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários.

18.7 - Todos os eventos (para consultas médicas, avaliações, exames, procedimentos de diagnose, terapia e hospitalização) devem ser preferencialmente solicitados por médicos cooperados, sendo que sua realização dar-se-á somente por médicos cooperados ou credenciados em locais credenciados e dentro da área de atuação do plano.

18.8 - Fica inequivocamente ajustado que os cartões de identificação expedidas pela CONTRATADA em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se o CONTRATANTE a devolvê-las no caso de rescisão contratual.

18.9 - O contratante declara que teve conhecimento prévio do conteúdo do presente contrato, manifestando, neste ato, sua concordância com as cláusulas e condições inseridas nele, no qual adere livre e espontaneamente.

18.10 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, declarando a CONTRATANTE integral ciência e concordância:

a) Proposta de Adesão;

b) Material explicativo da CONTRATADA incluindo a relação da rede credenciada para esse plano, cartões de identificação, entrevista qualificada e/ou exame médico quando for o caso, a declaração do estado de saúde do titular e dependentes quando for o caso, e a Carta de Orientação ao Beneficiário nos contratos coletivos empresariais em que haja previsão de cláusula de cobertura parcial temporária, permanecendo sempre íntegras as cláusulas e condições ora contratadas;

c) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, os quais neste ato foram repassados à CONTRATANTE e esta os entregará aos beneficiários do Plano;

CLÁUSULA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

19.1 - Fica eleito o foro da Comarca de Caldas Novas (GO), dispensando o CONTRATANTE qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Anexo I – TERMOLOGIAS E DEFINIÇÕES DO CONTRATO

Anexo II - CONTRATO DE REMOÇÃO INTER-HOSPITALA

Anexo III e IV, referente a Resolução Normativa 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Anexo III - GUIA DE LEITURA CONTRATUAL.

Anexo IV - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE.

ANEXO I

TERMOLOGIAS E DEFINIÇÕES DO CONTRATO

Para os efeitos de direitos e deveres advindos do contrato de plano de saúde, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do beneficiário em suas atividades profissionais.

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.

AGRAVO: qualquer acréscimo em percentual ou múltiplo no valor da mensalidade paga à operadora do plano de saúde, com o fim de obter direito ao atendimento às doenças ou lesões preexistentes ao contrato.

AMBULATÓRIO: estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: autarquia sob o regime especial, vinculado ao Ministério da Saúde como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, com atuação em todo território nacional.

ÁREA DE ATUAÇÃO: especificação dos municípios onde haverá garantia da cobertura assistencial, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO HOSPITALAR: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual não se tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: documento que contém os dados do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação ou plano).

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10a revisão.

COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que garante a atenção ao parto, doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT: aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

COBERTURAS: compreendem o denominado Rol de Procedimentos, a que os beneficiários têm direito ao atendimento e aos serviços conforme opção firmada no contrato.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da CONTRATADA quanto do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO de um mesmo plano de assistência à saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

CONSULTA: é o ato médico realizado no sentido de elucidação diagnóstica e proposta terapêutica. O beneficiário terá prazo definido pelo médico que o atender, para retornar sua visita para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento, a contar da data da consulta inicial.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE: denominação atribuída ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. Equivale à mensalidade.

CONTRATADA: a UNIMED CALDAS NOVAS, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora contratado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde. **COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

DENÚNCIA: manifestação unilateral da vontade de extinguir, de não continuar a relação contratual com prazo indeterminado.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração.

DOENÇA CONGÊNITA: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): é aquela que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho.

DOENÇA: falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o indivíduo a tratamento médico.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

ENTREVISTA QUALIFICADA: orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico credenciado indicado pela operadora, antes da contratação do plano para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. A entrevista também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que neste caso arcará com o custo proveniente.

EVENTO: é todo dano à saúde, por processo mórbido ou em decorrência de acidente de qualquer natureza. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva. Acontecimento, eventualidade, ocorrência.

EXAME COMPLEMENTAR: é o procedimento solicitado pelo médico assistente que possibilita uma investigação e elucidação de diagnóstico, ou para melhor avaliar as condições clínicas durante e após o tratamento.

FRANQUIA: valor pre estabelecido na proposta de adesão a ser cobrado posteriormente do contratante em relação ao serviço prestado.

GRUPO FAMILIAR: compreende todos os integrantes de um mesmo contrato familiar, ou seja, titular e seus dependentes.

HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: dá-se quando o beneficiário é admitido em hospital, para ser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

JUNTA MÉDICA: composta em caso de divergência clínica entre os profissionais requisitantes e a operadora, cabendo análise ao profissional escolhido do comum acordo entre as partes com as despesas oriundas pela operadora.

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 a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas contratadas. Equivale à contraprestação pecuniária.

ÓRTESE: acessório auxiliar de função ou membro, por vezes usado em procedimentos cirúrgicos, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PARTO A TERMO: é aquele que ocorre entre 38 (trinta e oito) e 42 (quarenta e duas) semanas após a concepção do feto, estando este formado, maduro e pronto para a vida extra-uterina.

PATOLOGIA: estudo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: conjunto de garantias e condições cobertas referentes aos atendimentos à saúde mediante contrato firmado entre Operadora e o CONTRATANTE.

PRESTADORES DE ALTO CUSTO ou de TABELA PRÓPRIA: São aqueles que possuem sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando às tabelas praticadas pela Unimed Caldas Novas, podendo ser ou não, credenciados ao Sistema Unimed.

PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência e/ou emergência.

PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: são os relacionados no Anexo I da Resolução ANS/RDC nº 68 de 07/Maio/2001, ou qualquer outra que venha a substituí-la, quando referentes às Doenças e Lesões Preexistentes, que constarem em cláusula específica e terem sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

PROCEDIMENTO: para fins e efeitos do plano contratado, trata-se de formas ou meios de atendimento para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do beneficiário, quando da ocorrência de evento mórbido.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento validado pelas partes contratantes e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção contratada pela CONTRATANTE, firmando estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

REAJUSTE ECONÓMICO: é o aumento da mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em contrato.

REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

REDE CREDENCIADA: conjunto de estabelecimentos de saúde, próprios ou contratados, para a prestação assistencial aos beneficiários, dentro da área de atuação do plano contratado.

RESCISÃO: supressão da relação contratual por uma das partes, devido a inadimplemento.
RESILIÇÃO: dissolução de contrato, por qualquer das partes ou por acordo de ambas as partes.

RESOLUÇÃO: dissolução do contrato, por condenação judicial, motivada pelo descumprimento de uma das partes de qualquer uma de suas cláusulas vigentes.

ROL DE PROCEDIMENTOS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento definidos pela ANS, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou **CRENCIADOS:** aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, além da rede própria da Cooperativa e dos médicos cooperados.

SINISTRALIDADE: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência a saúde aos beneficiários durante o período analisado.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE e ao Beneficiário Titular, vinculadas através de contrato particular, para a prestação dos serviços de Atendimento Eletivo e/ou de Urgência e Emergência aos beneficiários, quando fora da área de atuação de sua Unimed de origem.

SMB - Sistema de Movimentação de Beneficiário: sistema via web, onde todas as inclusões e exclusões de beneficiários são formalizadas pelo CONTRATANTE e processados pela CONTRATADA.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

VIGÊNCIA INICIAL: é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo de vigência contratual.

WEB: sistema hipertextual que opera através da Internet.

VIGÊNCIA MÍNIMA: é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo e obrigatório de vigência contratual.

VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO: é o período posterior ao da vigência inicial.

Anexo II

CONTRATO DE REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

CLÁUSULA I – DO OBEJTIVO

1.1 - O presente aditivo destina-se a adesão ao benefício de prestação de serviço de transporte intermunicipal ou interestadual Médico de Urgência, oferecido pela AEROMÉDICA ADMINISTRAÇÃO, PARTICIPAÇÕES E TRANSPORTES MÉDICOS DE URGÊNCIA LTDA conforme contrato assinado com a CONTRATADA.

1.2 - O serviço será disponibilizados à CONTRATANTE e aos seus beneficiários que estiverem devidamente cadastrados na CONTRATADA, em ambulância configuradas e equipadas para o transporte aéreo e terrestre, sendo estas homologadas respectivamente pela ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil) e reguladas pela Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde, sempre com observância das normas éticas e legais, que regem o serviço.

CLÁUSULA II – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - A CONTRATANTE e seus beneficiários terá (ao) direito ao transporte médico de urgência somente em território nacional brasileiro, e desde que seja intermunicipal ou interestadual, observadas e obedecidas as condições previstas no presente contrato.

2.2 - A utilização dos serviços contratados está condicionada a solicitação feita diretamente à **CENTRAL DE ATENDIMENTO 24Hs DA AEROMÉDICA, - Telefone 0800 9 412 412 -**, **exclusivamente pelo médico assistente do beneficiário paciente.**

2.3 - Para assegurar eventuais interesses das partes, todas as ligações recebidas e efetuadas pela Central de Atendimento da AEROMÉDICA, poderão ser registradas e gravadas.

2.4 - As informações iniciais de atendimento, como nome do paciente/ beneficiário a ser transportado, código UNIMED, hospital de origem, hospital de destino, setor do hospital de origem, setor do hospital de destino, telefones de contato, não precisam necessariamente ser repassados pelo Médico Assistente do paciente/ beneficiário.

2.5 - O atendimento para a prestação do serviço objeto deste contrato será obrigatoriamente realizado através de triagem médica realizada entre o médico assistente do paciente e o médico triador da AEROMÉDICA, devidamente na CENTRAL DE ATENDIMENTO 24Hs da AEROMÉDICA.

2.6 - O Serviço de Transporte Médico de Urgência está disponível por 24h, com o acompanhamento médico e os recursos materiais necessários ao atendimento do beneficiário da CONTRATANTE, levando-se sempre em consideração os itens 2.6, 2.7 e

2.8 da presente cláusula, bem como as condições meteorológicas, a legislação em vigor no que diz respeito às condições de tráfego aéreo e as instruções da ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil) do Comando da Aeronáutica, priorizando-se os casos de maior gravidade, segundo análise do médico da AEROMÉDICA.

2.7 - O atendimento ao(s) beneficiário(s)/ paciente(s) na modalidade denominada “aeronave de transporte médico”, só será possível em locais onde existam aeródromos homologados ou registrados e que os mesmos ofereçam as condições necessárias para uma operação segura de acordo com os manuais dos fabricantes das aeronaves operadas pela AEROMÉDICA, sempre respeitando as normas e instruções da ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil) do Comando da Aeronáutica.

2.8 - A remoção de urgência do beneficiário/ paciente da CONTRATANTE somente será realizada se preenchidos, simultaneamente, todos os requisitos elencados no subitem abaixo:

2.9 - Inter-Hospitais: Este serviço somente será prestado quando realizado entre hospitais, e desde que intermunicipal ou interestadual.

2.10 - Necessidade de Recursos Complementares

- a) desde que os hospitais da cidade onde se encontra o beneficiário/ paciente não detenham condições de ministrar o tratamento solicitado e;
- b) sempre por solicitação e determinação exclusiva do médico assistente responsável pelo caso e;
- c) para o hospital mais próximo e que detenha as condições de prestar o tratamento solicitado às necessidades do beneficiário/paciente, e;
- d) exclusivamente quando o beneficiário/paciente necessitar de internamento em UTI/CTI e;
- e) somente quando a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário/ paciente e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida, seja, impreterivelmente, superior a 50km (cinquenta quilômetros) terrestres.

2.11 - O médico da AEROMÉDICA é o responsável por definir qual o melhor meio de transporte (aéreo/terrestre) a ser utilizado para a remoção do beneficiário/ paciente.

2.12 - A AEROMÉDICA não fará a remoção nos casos em que o beneficiário/ paciente:

- a) Apresentar estado de coma irreversível, haja vista a impossibilidade de cura;
- b) Apresentar quadro sem possibilidades terapêuticas – fase terminal – haja vista a impossibilidade de cura;
- c) Apresentar uso de bebida alcoólica, haja vista a exposição dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que por ventura possam ser causados à aeronave.

d) Apresentar uso voluntário de drogas ilícitas, haja vista a exposição dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que por ventura possam ser causados à ambulância.

e) Apresentar quadro de surto psicótico, haja vista a exposição dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que por ventura possam ser causados à aeronave.

2.13 - O médico assistente está obrigado a informar ao médico da AEROMÉDICA sobre o quadro clínico do beneficiário/ paciente e se este apresenta sintomas derivados dos casos previstos nesta Cláusula. Caso as informações não sejam prestadas corretamente caberá à CONTRATANTE responder por todos os danos que porventura vierem a sofrer o beneficiário/ paciente e/ou a CONTRATADA E AEROMÉDICA, sem prejuízo dos procedimentos éticos e legais pertinentes.

2.14 - A AEROMÉDICA não fará a remoção se verificado *in loco* por sua equipe médica que:

a) as condições clínicas/ cirúrgicas do beneficiário/ paciente divergem das informações anteriormente prestadas pelo médico assistente quando da solicitação da remoção e contatos posteriores.

b) o beneficiário/ paciente, por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição clínica para se submeter à remoção;

c) há plenas condições para o tratamento do beneficiário/ paciente na localidade onde ele se encontra.

2.15 - A AEROMÉDICA não fará a remoção nos casos em que o beneficiário/ paciente tiver que se submeter a hemodiálise de rotina periódica programada ou exames complementares ao diagnóstico.

2.16 - O médico da AEROMÉDICA, ao analisar o diagnóstico e as informações prestadas pelo médico solicitante do beneficiário/ paciente, determinará a necessidade da remoção de urgência e sua prioridade.

2.17 - Não está disponível, em hipótese alguma, dentre os materiais para o atendimento do beneficiário/ paciente da CONTRATANTE, a utilização ou pagamento de prótese(s) ou órtese(s) nacional(s) ou importada(s), pela AEROMÉDICA.

CLÁUSULA III - CARÊNCIA

3.1 - O serviço de transporte médico de urgência será prestado ao(s) beneficiário(s) da CONTRATANTE que já estiverem cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de carências.

CLÁUSULA IV – CONDIÇÕES GERAIS

4.1 - Caso ocorra óbito do beneficiário/ paciente quando este estiver sob a responsabilidade da equipe médica da CONTRATADA, esta entregará o corpo para o Instituto Médico Legal, que ficará responsável pela emissão do atestado de óbito.

4.2 - Nos casos de óbito, a CONTRATADA não transportará o corpo do beneficiário/ paciente para a cidade de origem, bem como não tomará quaisquer providências com funeral.

CLÁUSULA V - VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1 - O valor está descrito nas condições contratuais do contrato por mês e para cada beneficiário cadastrado no ato da assinatura do contrato.

5.2 - O pagamento deverá ser efetuado juntamente com as faturas contrato de plano de saúde.

5.3 - O valor da fatura emitida será fixado de acordo com o número de beneficiários da CONTRATANTE cadastrados na CONTRATADA.

CLÁUSULA VI - REAJUSTES

6.1 - Os valores agora contratados serão reajustados anualmente, podendo ser aplicados os mesmos percentuais de reajustes disciplinados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para planos individuais e familiares ou, outro índice correspondente, autorizado pelo Governo.

6.2 - As partes, de comum acordo, também poderão estabelecer reajustes de preço, no sentido de preservar o equilíbrio econômico e financeiro do presente contrato, de acordo com as variações de custo da CONTRATADA dos itens: sinistralidade, tarifa aeroportuária, variação cambial, combustível de aviação e dissídio coletivo da categoria embasada tecnicamente em planilha própria.

CLÁUSULA VII - PRAZO E RESCISÃO

7.1 - O prazo deste contrato será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, sendo prorrogado por prazo indeterminado se não houver denúncia por qualquer das partes, antes dos 30 (trinta) dias anteriores ao término do primeiro prazo estipulado.

7.2 - Uma vez prorrogado por prazo indeterminado, o presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, sem qualquer penalidade, desde que haja aviso prévio de, pelo menos, 90 (noventa) dias, sendo certo que, no prazo de aviso prévio,

não será permitida a inclusão ou a exclusão de beneficiários por parte da CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIII – DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 - A adesão ao presente contrato pressupõe o conhecimento das condições necessárias para realização da remoção e a autorização explícita do beneficiário da CONTRATANTE e/ou de seu(s) responsável(is) legal(is) constante(s) no contrato de plano de saúde firmado com a UNIMED CALDAS NOVAS, para a execução de todo e qualquer procedimento médico, tratamentos e/ou uso de medicamentos, adequados e recomendados para a boa condução do quadro clínico/cirúrgico do beneficiário/paciente.

CLÁUSULA IX – ELEIÇÃO DE FORO

9.1 - Fica eleito o foro da Comarca de Caldas Novas (GO), dispensando o CONTRATANTE qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Anexo III

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	6 a 11
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação dos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Proposta de adesão / contrato
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do (s) estado (s) ou municípios (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	Proposta de adesão / contrato
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6 a 11
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	11 a 14
DOENÇAS E LESÃO PRÉ EXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	16 e 18
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	14 e 15
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	21 a 23

VIGÊNCIA	Define o período em que vigora o contrato.	28
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	29
REAJUSTE	O reajuste por variações de custos é aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A 20 variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	24 a 27
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	26 a 28

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

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



**Ministério
o da
Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20.021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque - ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Anexo IV

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial): associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observado na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	COLETIVO EMPRESARIAL	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		COLETIVO POR ADESÃO	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data do aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte por pelo não oferecimento da cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimento de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007.	COLETIVO EMPRESARIAL	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		COLETIVO POR ADESÃO	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o benefício verifique: (1) se o plano ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, e obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigências de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por intuição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN n º 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes da ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da	

		alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contratos e atendendo a RN nº 63/2003.
--	--	--

ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alteração na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso, de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação ao beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento de mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda a condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestão.

A condição de exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a

segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgências/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em plano coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do (s) estado (s) ou município (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupos de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especializações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar ao contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se á como data de celebração do contrato coletivo a data de ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701- 9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

O Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



**Ministério da
Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20.021-040

Rio de Janeiro - RJ

Disque - ANS: 0800 701 9656

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO



www.unimedcaldas.coop.br
(64) 3453-5318

ANS - nº 343765