

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia.

**CONTRATO COLETIVO POR ADEÇÃO
PLANO AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
QUARTO COLETIVO – PADRÃO ENFERMARIA**

**Registro do Produto na ANS: 455.957/07-6
Área de Abrangência Geográfica: Estadual**

CONTRATADA: UNIMED DIVINÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 25.250.820/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº319121 e classificada na modalidade Cooperativa Médica com sede na Av. Antônio Olímpio de Moraes, nº 868, Centro, em Divinópolis/MG, representada na forma de seu estatuto social.

CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL: Associação Mineira dos Ferrovirios Aposentados

NOME FANTASIA (SE HOUVER): AMFA

CNPJ Nº: 23.102.861.0001-86

INSC. ESTADUAL: _____

ENDEREÇO: Rua Capitão Domingos, 311 - Antônio Fonseca - Divinópolis

Representante Legal: Dario Ferreira da Silva

CPF: 468.828.806-97

Endereço Completo: Rua Capitão Domingos nº 311

Complemento: _____ Bairro: Ant^o Fonseca

Município: Divinópolis

UF: MG CEP: 35.501.098

Tel.: () 3016.0115 Fax () _____ Contato: Dario Gomes

CLÁUSULA I - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1 - Este plano é denominado comercialmente de UNIPAR - ENFERMARIA e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 455.957/07-6.

CLÁUSULA II - TIPO DE CONTRATAÇÃO

2.1 - O Tipo de Contratação deste plano é Coletivo por Adesão.

2.2 - O presente plano de saúde é de contratação Coletivo por Adesão, ou seja, é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

CLÁUSULA III - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

3.1 - Este plano possui a segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia – padrão enfermaria.

CLÁUSULA IV - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

4.1 - Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de atuação e de abrangência geográfica qualificada como Estadual, compreendendo o Estado de Minas Gerais.

4.2 - A área de comercialização deste plano de saúde compreende os seguintes municípios: Araújos, Bom Despacho, Carmo do Cajuru, Carmo da Mata, Carmópolis de Minas, Cláudio, Divinópolis, Dolores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Itapecerica, Japaraíba, Lagoa da Prata, Leandro Ferreira, Luz, Martinho Campos, Moema, Morro do Ferro, Nova Serrana, Oliveira, Passa Tempo, Pedra do Indaiá, Perdígão, Piracema, Quartel Geral, Santo Antônio do Monte, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste e Serra da Saudade.

CLÁUSULA V - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

5.1 - O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletiva, padrão enfermaria.

5.2 - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

5.3 - Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital, sem

qualquer responsabilidade e interferência da **CONTRATADA**, visto que o plano é padrão enfermária.

CLÁUSULA VI - FORMAÇÃO DO PREÇO

6.1 - Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é **pré-estabelecido**, sendo que o pagamento do valor da contraprestação pecuniária é efetuado pela **CONTRATANTE** antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA VII - CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO

7.1 - O objeto deste contrato é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando à cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

7.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VIII - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1 - Poderão se inscrever neste plano de saúde as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com os seguintes tipos de pessoas jurídicas:

- a) conselhos profissionais e entidades de classe, com o registro para o exercício da profissão;
- b) sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações;
- c) associações profissionais legalmente constituídas;
- d) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) caixas de assistência e fundações de direito privado;
- f) entidades previstas na Lei nº 7.395/1985, e na Lei nº 7.398/1985.

8.2 - O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular neste contrato de plano privado de assistência a saúde.

8.3 - A **CONTRATANTE** para firmar este contrato de plano de saúde deverá ser constituída há pelo menos 01 (um) ano, a exceção dos conselhos profissionais e entidades de classe, com o registro para o exercício da profissão e os sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações.

8.4 - São beneficiários dependentes deste plano de saúde, aqueles com grau de parentesco ou

- a) O cônjuge;
- b) O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) O(s) filho(s) adotivo(s) ou não e enteado(s), solteiros até 18 (dezoito) anos incompletos;
- d) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;
- e) O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es).

8.5 - Caberá a **CONTRATANTE** a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

8.6 - A **CONTRATANTE** no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.

8.7 - A adesão ao plano das pessoas físicas que mantenham vínculo com a **CONTRATANTE**, e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura da planilha de inclusão, cabendo à **CONTRATANTE** enviar para a **CONTRATADA** a relação dos titulares e dependentes a serem inscritos no plano.

8.8 - Quaisquer alterações de dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** repassar à **CONTRATADA** as informações respectivas.

8.9 - A **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA**, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a planilha de inclusão e cópia dos respectivos documentos: CPF, carteira de identidade, comprovante de residência, número do Programa de Integração Social – PIS e comprovante de elegibilidade dos beneficiários.

8.10 - A **CONTRATANTE** se responsabiliza ainda a encaminhar para a **CONTRATADA**, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

8.11 - Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

8.12 - É assegurada a inclusão:

- a) Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, ou da adoção, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão

preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo desde que observado o disposto na Súmula nº 25 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8.12.1 - Ultrapassado o prazo previsto acima será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e CPT, se houver.

b) É assegurada a inclusão do menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal conforme o caso.

c) Do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai.

8.13 - O dependente que vier a perder a condição de dependência, por atingir maioridade, poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, observada às regras previstas no art. 7º-D da RN 186/2009 e suas alterações posteriores.

CLÁUSULA IX - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9.1 - A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

9.2 - Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitada a relação existente entre a **CONTRATADA** e seus prestadores de serviço de saúde.

9.3 - Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

9.4 - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

9.5 - As escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada à

cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

9.6 - O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada pela **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

9.7 - Estão cobertos os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato.

9.8 - Estão cobertos os atendimentos relacionados com acidente de trabalho e saúde ocupacional. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

COBERTURA AMBULATORIAL

9.9 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes exigências:

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 cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

IV - Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observado as Diretrizes de Utilização:

a) Consultas com Nutricionista:

1. Cobertura obrigatória, de no mínimo 12 (doze) consultas/sessões, quando preenchidos **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a)** Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- b)** Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);

- c) Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) $<22 \text{ kg/m}^2$);
- d) Pacientes com diagnóstico de insuficiência renal crônica;
- e) Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC $\geq 25 \text{ m}^2$) com mais de 16 anos;
- f) Pacientes ostomizados;
- g) Após cirurgia gastrointestinal.

2. Cobertura obrigatória, de no mínimo 18 (dezoito) sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de no mínimo 06 (seis) consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

b) Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo:

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 24 (vinte e quatro) consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a) Pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- b) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- c) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- d) Pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- e) Pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
- f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);
- g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);
- h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);
- i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);
- j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

2. Cobertura mínima obrigatória de 48 (quarenta e oito) consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; CID F84.5; CID F84.9);
- b) Pacientes com transtorno expressivo e receptivo da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);
- c) Pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.0; CID R47.1; CID R48.2 e CID R48.0);
- e) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J38; CID J38.3).
- f) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79):

3. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de no mínimo 06 (seis) consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

c) Consultas/sessões com Psicólogo:

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- b) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
- c) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- d) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- e) Pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

d) Consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional:

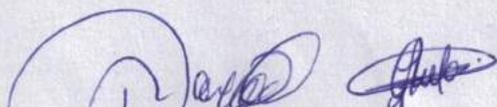
1. Cobertura obrigatória de no mínimo 40 (quarenta) consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 à F29);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c) transtornos da alimentação (CID F50);
- d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, CID F33).

e) Consulta/sessão com Terapeuta Ocupacional:

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d) pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 à G99);
- e) pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 à M99).



Sessão de Psicoterapia:

V - Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, observado os seguintes critérios:

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 (doze) sessões por ano de contrato quando preenchido **pelo menos um dos** seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 à F48);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 à F59);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 à F98);
- d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 à F39);
- f) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 à F19);
- g) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade (CID 60 à 69).

Consulta com Fisioterapeuta:

1. Cobertura obrigatória de uma consulta de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente, e conseqüente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

VI - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

VII - Cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

VIII - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS.

IX - 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.

X - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal— CAPD.

XI - 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.

XII - cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

XIII - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares.

XIV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

XV - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

XVI - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde observado seguinte:

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 - ANVISA.

COBERTURA HOSPITALAR

9.10 - A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados.

II - Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observado o seguinte:

Atendimento/Acompanhamento em Hospital Dia Psiquiátrico

1. Cobertura obrigatória quando preenchido **pelos menos um dos** seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 à F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

II.1 - Entende-se como hospital dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

II.2 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

II.3 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

II.4 - A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital dia, em internações de curta permanência, se dará a critério do médico assistente.

III - Cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

III.1 - Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

III.2 - Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de

Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

III.3 - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT.

IV - Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

V - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

a) cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME's necessários à execução dos procedimentos;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **CONTRATADA**, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA**.

VI - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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.

VII - Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico assistente, de acordo com o disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

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

internação hospitalar, observado o seguinte:

a) 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

b) 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.

IX - Cobertura obrigatória 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, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

c) procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações conforme definida 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 conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

X - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

XI - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas portadoras de deficiências.

XI.1 - Haverá dispensa do acompanhante nos casos em que houver contra indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente para os casos acima previstos.

XII - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e

elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

XIII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

XIV - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro.

XV - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XVI - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XVII - Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e será de acordo com as coberturas contratadas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XVIII - Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

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

COBERTURA OBSTÉTRICA

9.11 - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério incluindo:

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 por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

II - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

III - Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

IV - Entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

V - Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA X - EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1 - Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, **estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:**

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

II - 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;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção quantos aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

VII - 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;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XII - consultas domiciliares;

XIII - próteses importadas não nacionalizadas (que não possuem registro na ANVISA);

XIV - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;

XV - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XVI - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XVII - cirurgias para mudança de sexo;

XVIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa

que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XIX – enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XX – vacina e sua aplicação;

XXI – exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXII – todo e qualquer atendimento domiciliar, home care, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXIII - remoção domiciliar;

XXIV - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;

XXV - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XXVI - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciados a CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XXVII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXVIII - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;

XXIX- tratamentos em SPA e casas sociais;

XXX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXXI - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXII - a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXXIII - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

XXXIV - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

CLÁUSULA XI - DURAÇÃO DO CONTRATO

11.1 - A vigência mínima deste contrato é de 12 (doze) meses.

11.2 - A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual.

11.3 - O início da vigência poderá ser negociado com a **CONTRATANTE**, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento para a **CONTRATADA**.

11.4 - Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo à cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA XII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

12.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das seguintes carências:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência nos termos da Lei 9656/98;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos, dentre outros: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, psicoterapia de crise e fisioterapia;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e coberturas previstas neste Contrato;
- h) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

12.2 - Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato.

12.3 - A cada aniversário deste contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o

cumprimento de prazos de carência, desde que:

a) o beneficiário tenha se vinculado a **CONTRATANTE**, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;

b) a proposta de adesão ao plano seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

12.4 - Após o transcurso dos prazos definidos acima poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação.

12.5 - A contagem do prazo de carência, para cada beneficiário, se dará a partir do seu ingresso.

CLÁUSULA XIII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

13.1 - Doenças e 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 de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007 e suas alterações posteriores.

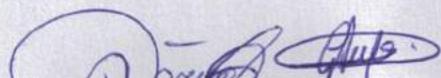
13.2 - O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e/ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

13.3 - Ao ser declarado pelo beneficiário à existência de doença e lesão preexistente a **CONTRATADA** oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

13.4 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

13.5 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

13.6 - Instaurado o processo administrativo na ANS, a **CONTRATADA** não poderá, sob qualquer



alegação, negar cobertura assistencial, assim como a suspender ou rescindir unilateralmente o contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

13.7 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

13.8 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

13.9 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

13.10 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

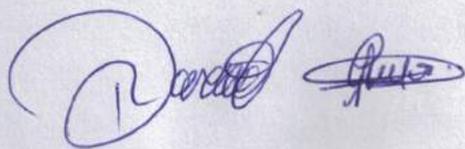
13.11 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões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

13.12 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

13.13 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente do beneficiário.

13.14 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

13.15 - É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.



13.16 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

13.17 - **Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o beneficiário.

13.18 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência.

13.19 - Na instauração do processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

13.20 - A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

13.22 - Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

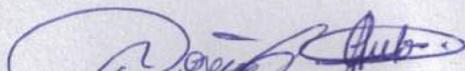
13.23 - Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

CLÁUSULA XIV - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1 - Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

14.2 - Considera-se atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

14.3 - O atendimento em situação da urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada, sendo garantida a remoção, quando necessária, por indicação médica, para outra unidade ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.



14.4 - Uma vez cumpridas às carências, é garantida a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

14.5 - É garantida a remoção para unidade de atendimento da rede credenciada do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

14.6 - O atendimento de urgência decorrente de **acidente pessoal** será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

14.7 - Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar de urgência ou emergência decorrente da **condição gestacional** de pacientes ainda cumprindo período de carência, é garantida a **cobertura prevista para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento**, não havendo, portanto, cobertura para internação.

14.8 - Nos casos em que houver acordo de **cobertura parcial temporária** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será **igual àquela prevista para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento**, não havendo, portanto, cobertura para internação.

14.9 - Quando o atendimento de **urgência ou emergência** for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, este abrange **cobertura prevista para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento**, não havendo, portanto, cobertura para internação.

14.10 - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a que se referem às cláusulas 14.7, 14.8 e 14.9, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

DA REMOÇÃO

14.11 - A remoção do paciente será garantida nas seguintes hipóteses:

I – para uma outra unidade de atendimento da rede credenciada do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos na unidade de saúde para continuidade do atendimento ao

paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estiver cumprindo período de carência para internação.

14.12 - Estará garantida a remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

DA REMOÇÃO PARA UNIDADE DO SUS

14.13 - Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS* que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

14.15 - A **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

14.16 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a **CONTRATADA** desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

REEMBOLSO DE DESPESAS NAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

14.17 - A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelo Sistema Unimed, **exceto nos hospitais, clínicas e prontos socorros de tabela própria ou de alto custo.**

14.18 - A solicitação de reembolso e envio da documentação deverá ser feita pelo beneficiário diretamente para a **CONTRATADA**, e será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **CONTRATADA**, vigente à data do evento, com a apresentação dos seguintes documentos originais:

a) relatório do médico assistente, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e,

- quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
 - d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

14.19 - O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de decaimento do seu direito de reembolso.

14.20 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano, **descontados eventuais valores de coparticipação**.

14.21 - Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário ou seu representante legal optar por ser atendido fora da área de abrangência geográfica do plano e em prestadores não credenciados ou cooperados da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XV - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para utilização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **CONTRATADA**, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

COPARTICIPAÇÃO

15.1 - Este plano prevê a cobrança de coparticipação na despesa assistencial a ser paga pela **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

15.2 - Os valores referentes à coparticipação estão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação do plano e suas atualizações.

15.3 - Os valores de coparticipação serão diferenciados em função de cada procedimento realizado.

15.4 - Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** o pagamento dos valores de coparticipações que serão cobradas juntamente com o boleto da contraprestação mensal, quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.

15.5 - Haverá cobrança de coparticipação, por evento, no percentual de **50% (cinquenta por**

cento) sobre os valores das tabelas de preços praticadas com a rede de prestadores, para as consultas médicas, exames básicos, especiais e exames de alta complexidade/alto custo, serviços de apoio/diagnóstico e terapia, demais procedimentos ambulatoriais com cobrança de insumos materiais e medicamentos utilizados e taxas, procedimentos realizados em pronto atendimento de urgência e emergência, todos os procedimentos da segmentação ambulatorial, bem como no caso de disponibilização de medicamentos antineoplásicos orais domiciliares para tratamento de câncer, disponibilização de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda e coletor, equipamentos coletores e adjuvantes, bem como insumos e serviços para uso domiciliares.

15.6 - Haverá cobrança de coparticipação, por evento, no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das tabelas de preços praticadas com outros profissionais da área de saúde, seja por consulta/sessão/terapia com fisioterapeuta, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

15.7 - Haverá cobrança de coparticipação, por internação hospitalar, definida em valor e de acordo com o estabelecido abaixo:

Internação em Enfermaria dentro e fora da área de atuação - Coparticipação de R\$ 362,00 (trezentos e sessenta e dois reais).

15.8 - Os valores das coparticipações definidas em percentuais serão alterados anualmente de acordo com a tabela de preços praticadas com a rede de prestadores.

15.9 - Os valores das coparticipações definidas em valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

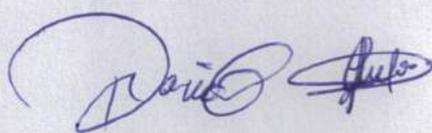
15.10 - A coparticipação deverá ser paga independentemente se a cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento.

15.11 - Os procedimentos de alta complexidade constam do Rol de Procedimentos vigente, anexo I da RN 338/13, e suas posteriores alterações.

15.12 - A CONTRATADA se obriga ao custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrado coparticipação do beneficiário no percentual de 30% (trinta por cento) do custeio de cada diária excedida.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

15.13 - A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente



ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, o que assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo, sempre que necessário, a **CONTRATADA** adotar novo sistema operacional para melhor atendimento.

15.14 - É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades à **CONTRATADA**, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato.

15.15 - Considerar-se-á uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste contrato, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que **perderam sua condição de beneficiário** por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

15.16 - O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, identificado a **CONTRATADA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

15.17 - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, a **CONTRATANTE** ou o beneficiário titular deverá comunicar o fato à **CONTRATADA**, por escrito, para cancelamento, ou quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela **CONTRATADA**.

15.18 - A **CONTRATANTE** assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à **CONTRATADA**, inclusive no que se refere aos dados constantes da Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

15.19 - A **CONTRATANTE**, mediante informação recebida do beneficiário titular, deverá notificar a **CONTRATADA** sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

15.20 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os beneficiários regularmente inscritos na **CONTRATADA**.

15.21 - Caberá a **CONTRATANTE** a responsabilidade de solicitar a suspensão e/ou exclusão de beneficiários.

15.22 - A **CONTRATADA** somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos



beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE** nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência, à exceção dos demitidos e aposentados.

15.23 - A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados e serviços credenciados, pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se no **Guia Médico** e também no site da **CONTRATADA**.

15.24 - Será distribuído ao beneficiário o **Guia Médico** orientando e informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação das Unimed's que, igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da **CONTRATADA** na Internet: www.unimed.com.br/divinopolis.

15.25 - As atualizações do **Guia Médico** estarão disponíveis ao beneficiário na sede da **CONTRATADA**, através do serviço de atendimento e no portal da Unimed www.unimed.com.br/divinopolis.

15.26 - Os serviços previstos neste Contrato poderão ser prestados por todas as Unimed's localizadas na área geográfica de abrangência do plano ora contratado, pelo sistema de intercâmbio Unimed.

15.27 - As consultas deverão ser realizadas em consultórios do profissional escolhido, constante do **Guia Médico** e também no site da **CONTRATADA**.

15.28 - Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela **CONTRATADA**, através da rede própria ou contratada, constante do **Guia Médico** e no site da **CONTRATADA** por intermédio de solicitação do médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, não podendo haver restrição aos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.

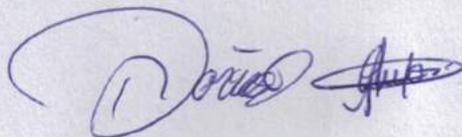
15.29 - A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, exames auxiliares de apoio/diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, especificadas a seguir:

a) consultas e sessões: serão realizadas nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos pelo beneficiário dentre a rede de prestadores, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;

b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;

c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante solicitação, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

15.30 - O beneficiário deverá requerer à **CONTRATADA**, a emissão da autorização prévia para



efetivação dos procedimentos com os profissionais não médicos e de todos os atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares, à exceção das consultas médicas e dos exames básicos a seguir exemplificados: análises clínicas, citopatologia, eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, exames radiológicos simples e exames oftalmológicos de tonometria.

15.31 - Para autorização de órteses, próteses e materiais especiais, serão observados os seguintes critérios:

a) Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME's necessários à execução dos procedimentos.

b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **CONTRATADA**, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

15.32 - A autorização prévia para realização de procedimentos será obtida na sede da **CONTRATADA**, conforme cartão de identificação/Unimed. Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

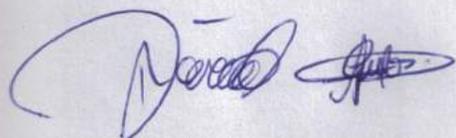
15.33 - Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a **CONTRATADA**, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A **CONTRATADA** emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

15.34 - Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

15.35 - O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela **CONTRATADA**.

15.36 - O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a **CONTRATADA** fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

15.37 - A **CONTRATADA** não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustados particularmente



pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

15.38 - A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

15.39 - Ainda que façam parte da rede contratada ou credenciada de outras cooperativas do Sistema Unimed, **não estão incluídos na cobertura deste contrato os hospitais, clínicas ou prontos socorros de alto custo ou de tabela própria, constantes da Proposta de Admissão, e no portal da CONTRATADA, exemplificadamente relacionados**, uma vez que outros podem ser incluídos ou excluídos no decorrer deste contrato.

15.40 - **As atualizações da relação dos hospitais, clínicas e prontos socorros de alto custo ou de tabela própria estarão disponíveis ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de atendimento e no portal da CONTRATADA www.unimed.com.br/divinopolis.**

15.41 - 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 critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art.17 da Lei 9656/98.

15.42 - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

15.44 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

15.45 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e a **CONTRATANTE**.

15.46 - Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 a **CONTRATADA** deverá na contratação e na inclusão do beneficiário titular a este plano entregar o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

CLÁUSULA XVI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

16.1 - O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido'.

16.2 - Por ser um plano coletivo por adesão o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, junto a **CONTRATADA**.

16.3 - A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** os valores relacionados na Proposta de Admissão, por cada beneficiário, para efeito de **inscrição, mensalidade e coparticipação**, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.

16.4 - As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela **CONTRATANTE**.

16.5 - Para cobrança do valor de mensalidade e valores de coparticipação, inclusive em virtude de internação psiquiátrica a **CONTRATADA** enviará à **CONTRATANTE**, fatura com a cobrança, ficando reservado o direito da **CONTRATADA** adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

16.6 - As mensalidades e demais valores constantes neste contrato serão pagas nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, conforme o caso, e, de acordo com a proposta de admissão.

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

16.8 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

16.9 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade e coparticipação) serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

16.10 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, respeitada a variação por faixa etária e os reajustes financeiros anuais.

16.11 - A **CONTRATADA** se reserva no direito de incluir o nome da **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

CLÁUSULA XVII – REAJUSTE

17.1 - Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

REAJUSTE QUANDO O CONTRATO NÃO FOR AGRUPADO

17.2 - O valor das mensalidades, tabelas de preços e coparticipação em internação serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, observando a sinistralidade do contrato, bem como a variação positiva do último índice IPCA Saúde (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) subitem planos de saúde, divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acumulados nos últimos doze meses anteriores à data da divulgação, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da **CONTRATADA**.

17.3 - Para fins de aplicação de reajuste será avaliada a sinistralidade da carteira, que terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada esta o mês de assinatura do contrato, verificada a meta da sinistralidade. O percentual a ser aplicado incidirá sobre as mensalidades, tabelas de preços, e coparticipação em internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia.

17.3.1 - A sinistralidade é a verificação feita pela **CONTRATADA** se há desequilíbrio da relação entre os custos sobre a receita do referido contrato/plano. É o índice que mede o grau da utilização do plano, que tem como consequência direta o aumento das despesas decorrente da utilização dos procedimentos pelos beneficiários.

17.3.2 - Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado nos itens 17.2 e 17.3.

17.4 - Não havendo desequilíbrio atuarial do contrato para aplicação de reajuste por sinistralidade, este contrato será reajustado, anualmente no seu mês de aniversário, de acordo com a variação positiva do último índice IPCA Saúde (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) subitem planos de saúde, divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acumulados nos últimos doze meses anteriores à data da divulgação. O percentual a ser aplicado incidirá sobre as mensalidades, tabelas de preços, e coparticipação em internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia.

REAJUSTE QUANDO O CONTRATO FOR AGRUPADO

17.5 - Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 309/2012 e posteriores alterações, para fins de aplicação de reajuste, se na data do aniversário deste contrato for apurado no período de cálculo a quantidade de beneficiários menor que 30 (trinta) participantes o reajuste se dará de acordo com o **agrupamento de contratos** e serão adotados os seguintes critérios:

I - O valor das mensalidades, tabelas de preços e coparticipação em internação serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, observando a sinistralidade do contrato, bem como a variação positiva do último índice IPCA Saúde (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) subitem planos de saúde, divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acumulados nos últimos doze meses anteriores à data da divulgação, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da **CONTRATADA**.

II - Para fins de aplicação de reajuste será avaliada a sinistralidade da carteira de planos agrupados, que terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos planos, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura dos contratos, verificada a meta da sinistralidade, além do reajuste financeiro anual. O percentual a ser aplicado incidirá sobre as mensalidades, tabelas de preços e coparticipações em internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia.

III - Não havendo desequilíbrio atuarial do contrato para aplicação de reajuste por sinistralidade, este contrato será reajustado, anualmente no seu mês de aniversário, de acordo com a variação positiva do último índice IPCA Saúde (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) subitem planos de saúde, divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos de cálculo, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da **CONTRATADA**.

IV - Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I.

17.6 - O agrupamento de contratos é a medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles. O contrato fará parte do agrupamento por conter na data de apuração anual a quantidade de beneficiários menor que 30 (trinta) participantes.

17.7 - Este contrato poderá perder a condição de agregado ao agrupamento, se no ano subsequente, na data do aniversário deixar de possuir o número elegível de participantes, **neste caso o reajuste anual ocorrerá em conformidade com a cláusula 17.2 deste contrato e não será aplicado o critério do agrupamento.**

17.8 - O percentual de reajuste aplicado à carteira de planos agrupados será divulgado pela **CONTRATADA** no seu Portal Corporativo de acordo com o prazo estabelecido na regulamentação em vigor.

REAJUSTE DAS COPARTICIPAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE

17.9 - Sobre a incidência de coparticipação nos procedimentos da segmentação ambulatorial, no percentual de 50% (cinquenta por cento), será aplicada a tabela de preços praticada com a rede de prestadores de serviços credenciados e/ou contratados do respectivo plano, cuja tabela é reajustada anualmente, modificando os valores das coparticipações, sendo aplicada na data de aniversário deste contrato.

17.10 - Os valores relativos à coparticipação por evento e definida em valor fixo, internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia serão reajustados na data de aniversário deste contrato pelo mesmo índice obtido para reajuste das mensalidades.

DISPOSIÇÕES GERAIS A RESPEITO DO REAJUSTE

17.11 - Os índices de reajustes aplicados anualmente serão comunicados à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

17.12 - 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.

17.13 - O valor relativo à taxa de inscrição prevista na proposta de admissão, parte integrante deste contrato, será reajustado pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

17.14 - Não haverá aplicação de percentuais de reajustes diferenciados para beneficiários vinculados a este plano/contrato.

17.15 - Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação sobre este contrato.

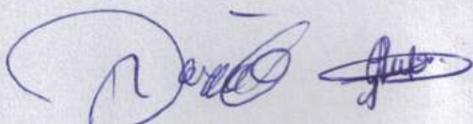
CLÁUSULA XVIII - FAIXAS ETÁRIAS

18.1 - A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixas Etárias

Percentual de Reajuste

1ª - de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos;



- 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade, com percentual de 68,08% (sessenta e oito vírgula oito por cento);
- 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade, com percentual de 14,69% (quatorze vírgula sessenta e nove por cento);
- 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade, com percentual de 5,75 % (cinco vírgula setenta e cinco por cento);
- 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade, com percentual de 2,61% (dois vírgula sessenta e um por cento);
- 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade, com percentual de 6,67% (seis vírgula sessenta e sete por cento);
- 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade, com percentual de 7,92% (sete vírgula noventa e dois por cento);
- 8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade, com percentual de 10,89% (dez vírgula oitenta e nove por cento);
- 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade com percentual de 6,89% (seis vírgula oitenta e nove por cento);
- 10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais, com percentual de 97,14% (noventa e sete vírgula quatorze por cento).

18.2 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual do contrato.

18.3 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

18.4 - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixa.

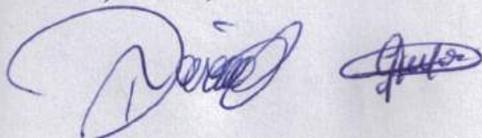
18.5 - A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário, desta forma os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

CLÁUSULA XIX - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

19.1 - Caberá tão-somente a pessoa jurídica **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

19.2 - A **CONTRATADA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da pessoa jurídica **CONTRATANTE** nas seguintes hipóteses:

a) fraude;



b) por perda do vínculo do beneficiário titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência, previstos neste contrato.

19.3 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) por fraude ao plano praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

19.4 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) por fraude ao plano praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

19.5 - O beneficiário perderá a condição de titular, sendo excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a **CONTRATANTE**.

19.6 - A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a **CONTRATANTE** do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

19.7 - As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por escrito ou meio magnético, **até o dia 10 (dez) de cada mês** acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

CLÁUSULA XX- RESCISÃO E SUSPENSÃO

20.1 - Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

20.2 - Antes do término do prazo mínimo de 12(doze) meses de vigência do contrato é facultado a **CONTRATANTE** denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada na sede **CONTRATADA**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

20.3 - Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente contrato, **antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades devidas**, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, e que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o

direito da **CONTRATADA** de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

20.4 - Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

20.5 - O atraso no pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade e/ou coparticipação) pela **CONTRATANTE**, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica a suspensão da cobertura assistencial até que a **CONTRATANTE** efetue o pagamento devido à **CONTRATADA**.

20.6 - A não concordância por parte da **CONTRATANTE** com o índice de reajuste anual do contrato, poderá implicar a rescisão deste contrato.

20.7 - Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, a qualquer tempo, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência da **CONTRATANTE** por período superior a 60 (sessenta) dias, com notificação a **CONTRATANTE**, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- c) descumprimento da **CONTRATANTE** às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes;
- e) se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para a manutenção deste contrato, conforme previsto na Proposta de Admissão parte integrante deste contrato, ressalvado o disposto no item abaixo.

20.7.1 - Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na Proposta de Admissão, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

20.8 - Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) motivada por uma das hipóteses previstas acima, **sem qualquer ônus**;
- b) imotivadamente sujeitando a **CONTRATANTE** ao pagamento de multa prevista na cláusula



20.3 deste contrato.

20.9 - É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação à **CONTRATADA**.

20.10 - A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 - Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

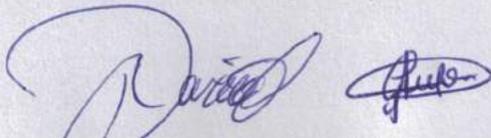
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

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 à 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 de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

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

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE diretamente à operadora (CONTRATADA), após a realização de procedimento.

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

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

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

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

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO: (a) análises clínicas; (b) citopatologia; (c) ecocardiograma uni e bidimensional, com doppler convencional; (d) eletrocardiograma convencional; (e) eletroencefalograma convencional; (f) endoscopia diagnóstica; (g) exames radiológicos; (h) exames e testes alergológicos; (i) exames e testes oftalmológicos; (j) exames e testes otorrinolaringológicos; (l) teste ergométrico.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.

HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: hospital pertencente ao Sistema Unimed, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela Unimed.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à Operadora.

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

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

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

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

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à Operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos

ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.

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

21.2 - A CONTRATANTE autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

21.3 - Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, o beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da **CONTRATADA**, para a devida apuração.

21.4 - Fazem parte deste contrato os documentos entregues a **CONTRATANTE**, incluído: proposta de admissão e adesão, declaração de saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

21.5 - Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

21.6 - O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente está à inteira disposição do beneficiário na sede da **CONTRATADA**, para consulta e cópia.

21.7 - Caso o beneficiário prefira, também poderá consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

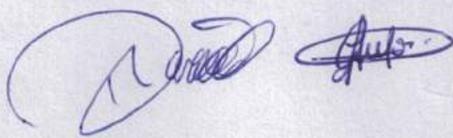
21.8 - Caso o consumidor/beneficiário não consiga marcar consulta ou procedimento, deverá entrar em contato com a **CONTRATADA** para viabilizar a marcação de procedimento mediante a obtenção de um protocolo, a partir do qual passará a contar o prazo para cumprimento da regra de atendimento.

21.9 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

CLÁUSULA XXII - ELEIÇÃO DE FORO

22.1 - Fica eleito o Foro da Comarca da sede da **CONTRATANTE** para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 02 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.



1- CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO - UNIPAR COLETIVO POR ADESÃO

Acomodação	Segmentação	Registro ANS
Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	455.957/07-6

2- OPERADORA

UNIMED DIVINÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA - REGISTRO ANS No 31 9211 - CNPJ 25 250820/0001 6
 AV. ANTÔNIO OLÍMPIO DE MORAIS, 868 - CENTRO - 35500-005 - DIVINÓPOLIS - MG - FONE (037)3229-5200 FAX - 3229-520

3- CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: Associação Mineira dos Ferrovários Aposentados
 NOME CARTÃO MAGNÉTICO: AMFA
 ENDEREÇO: Rua Capitão Domingos 311 BAIRRO: Antônio Fonseca
 TELEFONE: 3016.0115 CIDADE: Divinópolis MG CEP: 35.500-970
 E-MAIL: CONTATO: Davi / Gomes
 MEI: CEI:
 CNPJ: 23.102.861.0001-86 INSCRIÇÃO ESTADUAL: Ivento
 GP.: CONT.: TP. TAB.COB.:

4- CONDIÇÕES DO CONTRATO PROPOSTO

4.1 - PREÇOS

FAIXA ETÁRIA	QTDE BENEFICIÁRIOS	VALORES	VARIAÇÃO PERCENTUAL
0 a 18 anos		R\$ 51,22	0,00%
19 a 23 anos		R\$ 86,09	68,08%
24 a 28 anos		R\$ 98,74	14,69%
29 a 33 anos		R\$ 104,41	5,75%
34 a 38 anos		R\$ 107,14	2,61%
39 a 43 anos		R\$ 114,29	6,67%
44 a 48 anos		R\$ 123,34	7,92%
49 a 53 anos		R\$ 136,77	10,89%
54 a 58 anos		R\$ 146,19	6,89%
Acima de 59 anos		R\$ 288,20	97,14%

O custo mensal de assistência médica varia conforme a idade do beneficiário. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do beneficiário, será aplicado reajuste conforme a variação percentual das faixas etárias, especificadamente na tabela acima.

4.2 - TAXA DE INSCRIÇÃO

Será cobrada a taxa única por beneficiário inscrito, independente da época da inscrição no valor de R\$20,00 (vinte reais).

Ivento para 1º contingente

4.3 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Atendimento Estadual para tratamentos eletivos. Atendimento Nacional em caso de urgência / emergência e em toda a rede credenciada do Sistema Unimed, exceto hospital de tabela própria e alto custo. Ficam excluídos da cobertura deste contrato, os procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares realizados nos hospitais, prontos-socorros e laboratórios não credenciados ou de tabela própria / alto custo, mesmo se credenciados por outras cooperativas do sistema Nacional Unimed, uma vez que podem ser incluídos ou excluídos no decorrer do contrato. Exemplos: Hospital A C Camargos, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Sirio Libanês, Hospital e Maternidade São Luiz S/A, Hospital Israelita Albert Eistein, Hospital Nove de Julho, Hospital Copa Dor, Hospital Samaritano, dentre outros.

4.4 - DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses a partir de: 10 de janeiro de 2016 e vencimento da fatura todo dia 12 de cada mês, o não cumprimento do contrato acarretará multa contratual. A data de início de vigência poderá ser alterada caso a Declaração de Saúde de um ou mais beneficiários acuse a necessidade de uma análise mais detalhada da proposta.

4.5 - CARÊNCIAS

Serão contadas as seguintes carências:

* 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, nos termos da lei, ou seja, atendimento ambulatorial até 12 (doze) horas, sem direito à internação;

Autos - Davi

- * 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos;
- * 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral, polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;
- * 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- * 180 (cento e oitenta) dias para o direito à internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- * 180 (cento e oitenta) dias para demais internações e coberturas previstas no contrato;
- * 300 (trezentos) dias, para partos a termo;

Parágrafo único: as carências serão cobradas a partir da data de assinatura da proposta de admissão/adesão.

4.6 - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

Cobertura Parcial Temporária é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leito de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

5- BENEFICIÁRIOS

5.1- NÚMERO MÍNIMO

O número mínimo de inscritos é de 3 beneficiários para efeito de emissão de fatura. Caso o contrato venha apresentar um número inferior abaixo do mínimo estipulado, a contratada poderá solicitar nova negociação das condições contratuais.

5.2- INSCRIÇÃO

As inscrições dos beneficiários são executadas através de planilha de inscrição ou meio magnético, conforme instruções fornecidas pela operadora. As inclusões dos beneficiários serão realizadas de acordo com o contrato, limitadas ao que dispõe a RN 195 da ANS. É parte integrante desta proposta de admissão a Declaração de Saúde a ser preenchida para cada um dos beneficiários inscritos.

6- CO-PARTICIPAÇÃO - APÓS CARÊNCIA

6.1- CO-PARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÕES

Nos hospitais e clínicas localizados dentro e fora da área de ação (comercialização) da Unimed Divinópolis será cobrada a coparticipação R\$ 362,00 (trezentos e sessenta e dois reais) nas internações em enfermaria. Esta coparticipação poderá ser parcela em até 6 (seis) vezes.

6.2- CO-PARTICIPAÇÃO NOS DEMAIS PROCEDIMENTOS

Haverá cobrança de coparticipação, por evento, no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores da tabela da CONTRATADA para as consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, exames básicos e especiais, serviços de apoio/diagnóstico e terapia.

6.1- CO-PARTICIPAÇÃO INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

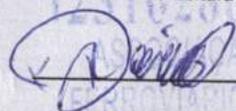
Nas internações superiores a 30 (trinta) dias por ano, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses de contrato, não cumulativos, decorrentes de transtornos psiquiátricos, e nas internações superiores a 15 (quinze) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses de contrato, não cumulativos, decorrentes de quadro de intoxicação, abstinência alcoólica ou outra forma de dependência química, será exigida nos termos da lei 9656/98 e da resolução do consu, uma coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares.

OBS.: ÁREA DE AÇÃO (COMERCIALIZAÇÃO) DA UNIMED DIVINÓPOLIS: Araújo, Bom Despacho, Carmo do Cajuru, Carmo da Mata, Carmópolis de Minas, Cláudio, Divinópolis, Dolores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Itapeçerica, Japaraíba, Lagoa de Prata, Leandro Ferreira, Luz, Martinho Campos Moema, Morro do Ferro, Nova Serrana, Oliveira, Passa Tempo, Pedra do Indaiá, Perdígão, Piracema, Quartel Geral, Santo Antônio do Monte São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste, Serra da Saudade.

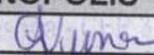
7- ASSINATURA DO PROPONENTE

A empresa contratante através de seu representante legal que subscreve esta proposta, reconhece que recebeu da Unimed Divinópolis, nesta data, o Manual de Orientação para contratação do Plano de Saúde - MPS e O Guia de Leitura Contratual - GLC.

Divinópolis, 10 de junho de 2016

8- RESERVADO PARA UNIMED DIVINÓPOLIS

CÓDIGO: <u>904</u>	CONSULTOR: <u>Giovani Nunes</u>	ASSINATURA: 
ÁREA MÉDICA		Divinópolis GERÊNCIA COMERCIAL
Sem restrições:	DATA:	DATA:
Preexistência:	ASSINATURA:	ASSINATURA: 