



Plano de Saúde Individual ou Familiar Pré-pagamento com coparticipação e franquias

Essencial VIII Apartamento Coparticipativo



2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP
Nº 7 0 9 5 3
REGISTRO

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS

Nº 70953

REGISTRO

Diferenças Entre Planos Individuais e Coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

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

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9656/1998: 24 horas para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimentos de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora do plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: 1 - os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato; e 2 - tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	



COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.

A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLPs não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo, na forma prevista pela RN° 162/2007.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.



MECANISMOS DE REGULAÇÃO

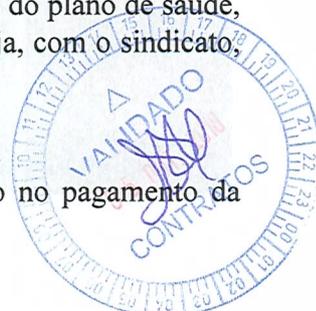
É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde. Autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

Perda da Condição de Beneficiário nos Planos Coletivos

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

Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da



REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
 DE CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP
 Nº 70953
 REGISTRO

mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um gozo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no

CONTRATOS

mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.

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

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

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

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias após a extinção do benefício para contratar junto à operadora o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e Segmentação Assistencial

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação existencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência-emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei 9.656/1998.

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

Abrangência Geográfica

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

Área de Atuação

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

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

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

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

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

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

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



Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - 20021-040

Disque-ANS: 0800-701-9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@anes.gov.br

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP

Nº 70953

REGISTRO





**PROPOSTA DE ADMISSÃO PESSOA FÍSICA -
INDIVIDUAL OU FAMILIAR**
Plano de Assistência Médica
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

ANS - Nº 333051

Proposta de admissão

Nome comercial	Essencial VIII Apartamento Coparticipativo
Número de registro na ANS	478.593/17-2
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Individual ou Familiar
Área geográfica	Municipal
Área de atuação do plano de saúde	Guarulhos
Padrão de acomodação em internação	Individual (Apartamento)
Formação do preço	Pré-Pagamento

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP
Nº 70953
REGISTRO

Beneficiário titular

Nome do titular:

Nome (completo) da mãe:

Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Estado civil:
RG:	Órgão expedidor:	UF:	RNE:
CPF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:	
Valor da mensalidade:	Telefone:	E-mail:	
Endereço residencial do titular (rua, avenida e etc.):			nº
Complemento (apto./ bloco):		Bairro:	
Município:	Cep:	Estado:	
Endereço de cobrança (rua, avenida e etc.):			nº
Complemento (apto./ bloco):		Bairro:	
Município:	Cep:	Estado:	

Relação dos dependentes

1º Nome do beneficiário (sem abreviações):

Sexo:	Estado civil:	Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha	Data de nascimento:		
CPF:	RG:	RNE:	
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:
Nome da mãe:	Valor da mensalidade:		

2º Nome do beneficiário (sem abreviações):

Sexo:	Estado civil:	Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha	Data de nascimento:		
CPF:	RG:	RNE:	
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:
Nome da mãe:	Valor da mensalidade:		

Rubrica contratante

Rubrica contratada



Nº 70953

REGISTRO

3º Nome do beneficiário (sem abreviações):			
Sexo:	Estado civil:	Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha		Data de nascimento:	
CPF:	RG:	RNE:	
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:
Nome da mãe:			Valor da mensalidade:

4º Nome do beneficiário (sem abreviações):			
Sexo:	Estado civil:	Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha		Data de nascimento:	
CPF:	RG:	RNE:	
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:
Nome da mãe:			Valor da mensalidade:

Dados do contratante			
Nome completo (sem abreviações):			
CPF:	Telefone:	Vínculo / titular:	

Faixas etárias	Variações	Faixas etárias	Variações
1ª faixa (até 18 anos)	Sem variação	6ª faixa (39 a 43 anos)	13,99%
2ª faixa (19 a 23 anos)	28,00%	7ª faixa (44 a 48 anos)	40,34%
3ª faixa (24 a 28 anos)	6,20%	8ª faixa (49 a 53 anos)	33,58%
4ª faixa (29 a 33 anos)	2,89%	9ª faixa (54 a 58 anos)	12,19%
5ª faixa (34 a 38 anos)	9,22%	10ª faixa (59 anos ou mais)	63,00%

Coparticipação

Será cobrada a coparticipação sobre todos os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial utilizados pelo TITULAR e seus DEPENDENTES inscritos no plano, conforme os percentuais abaixo em destaque, respeitado o valor de limite máximo por cada procedimento:

Procedimento	Valor Coparticipação
Consulta Eletiva (Consultas)	40% com limite de R\$ 15,00
Consulta Urgência e Emergência (Consultas)	40% com limite de R\$ 20,00
Exames Especiais (Exames Grupo 1)	40% com limite de R\$ 30,00
Exames Básicos (Exames Grupo 2)	40% com limite de R\$ 15,00
Hemoterapia Procedimentos (Terapias Grupo 1)	40% com limite de R\$ 30,00
Fisioterapia (Terapia Grupo 2)	40% com limite de R\$ 30,00
Atendimento Ambulatorial (Terapia Grupo 2)	40% com limite de R\$ 30,00
Procedimento Ambulatorial Básico (Atendimento Ambulatorial)	40% com limite de R\$ 30,00
Procedimento Ambulatorial Especial (Atendimento Ambulatorial)	40% com limite de R\$ 30,00

A coparticipação será cobrada no percentual disposto por cada procedimento, estando limitada aos valores máximos dispostos neste contrato.

Os valores acima poderão ser revisados anualmente, juntamente com o reajuste financeiro e técnico.

Todo procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificado como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) pela ANS será considerado Especial.

Franquia

A Franquia é um mecanismo de regulação aprovado pela Agência Nacional de Saúde, regulado através da CONSU Nº 8 de 1998 e consiste no valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Quando houver a necessidade de internação, o fator moderador de cobrança da mesma será a Franquia.

Contudo, serve formalizar que a forma de cobrança da Franquia neste contrato será feita mensalmente diretamente pela Operadora no boleto junto com a mensalidade, sem que para isso gere qualquer prejuízo para a CONTRATANTE, e somente nas hipóteses em que seja constatado que ocorreu o procedimento de internação, e nos limites descritos nesta minuta.

Plano	Procedimento	Valor Franquia
Essencial VIII Apartamento Coparticipativo	Internação	R\$ 110,00

----- Rubrica contratante	----- Rubrica contratada
------------------------------	-----------------------------



Nas hipóteses de internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente haverá cobrança dos valores de coparticipação após ultrapassados 30 (trinta) dias internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, e limitados a 50% do valor da internação.

Descrição das carências	
Descrição	Prazo
A) Urgências e Emergências	24 horas
B) Consultas Eletivas	30 dias
C) Exames Básicos	60 dias
D) Fisioterapias (por sessão)	90 dias
E) Exames Especiais	120 dias
F) Procedimentos Ambulatoriais Básicos	120 dias
G) Procedimentos Ambulatoriais Especiais	180 dias
H) Terapias (por sessão)	180 dias
I) Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias
J) Internações Psiquiátricas, inclusive em decorrência de dependência química	180 dias
K) Parto a Termo	300 dias
L) Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade relacionados com a Doença ou Lesão Preexistente.	24 meses
Obs.: Todo procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificado como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) pela ANS será considerado Especial.	

Vencimento das mensalidades	
Data de admissão	Dia
De 01 a 05	05
De 06 a 10	10
De 11 a 15	15
De 16 a 20	20
De 21 a 25	25
De 26 a 31	30



Quadro de valores	
Valor total da assistência médica (titular+dependentes)	R\$
Valor taxa de inscrição	R\$
Valor total	R\$
Valor total (por extenso)	

Dados da corretora	
Nome da corretora:	Código da corretora:
Nome do corretor:	Telefone do corretor:

Declaração do proponente titular / representante legal

1 - Neste ato, tomo ciência de que o Plano de Assistência Médica a mim oferecida está devidamente adaptado às regras contidas na Lei nº 9656/98, que regula as contratações dos planos de assistência à saúde.

2 - Declaro que ao preencher a presente Proposta de Admissão, recebi às Condições Gerais do Contrato de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares, que se encontram registradas no 2º Registro de Títulos e Documentos de Guarulhos/SP, sob o nº 65846, e aceitei suas cláusulas sem qualquer restrição, o que confirmo, com a assinatura na presente Proposta de Admissão.

3 - Declaro, ainda, que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e estou ciente que o "kit Boas Vindas", que inclui o Cartão de Identificação e Guia Médico, receberei posteriormente.

4 - As informações prestadas são verdadeiras e completas e estamos cientes de que a omissão ou inexistência das mesmas, que tenha influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, implicará no cancelamento do contrato.

5 - Autorizo a Unimed Guarulhos a solicitar aos médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, a qualquer tempo, informações médicas que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto técnico relacionado com o presente plano de Assistência Médico Hospitalar.

6 - Declaro que ao preencher a presente proposta, recebi para análise o GLC - Guia de Leitura Contratual.

7 - Declaro estar ciente que deverei enviar a UNIMED GUARULHOS, situada a Avenida Paulo Faccini, 900 - Jardim Barbosa - Guarulhos - SP - CEP 07111-000, cópia dos documentos que contenham as informações abaixo relacionadas, de todos os beneficiários inscritos no contrato.
a) Cópia do cadastro Pessoa Física (CPF/MF);
b) Cópia do documento de identidade (RG) ou RNE se estrangeiro;
c) Cópia do cartão do SUS;
d) Cópia do comprovante de endereço em nome do titular.
e) Cópia dos documentos de elegibilidade dos dependentes inclusos no contrato.

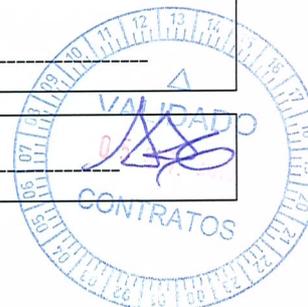
8 - Declaro, para todos os fins de direito, que na data da contratação de meu plano de saúde (____/____/____), a Unimed de Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médica, conforme determina a Lei nº 9.656/98, ofereceu-me o Plano Referência Participativo, com tipo de contratação individual/ e ou familiar e registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob nº 444.125.037.

Local e data _____ Assinatura do contratante / titular _____

Recibo de pagamento
O corretor mencionado nesta página declara que, por autorização da Unimed Guarulhos, recebeu do titular e/ou contratante desta proposta a importância discriminada acima, no Quadro de valores, referente ao pagamento da primeira mensalidade e taxa de inscrição do plano ora proposto. Fica assim estabelecido que, se a proposta não for aceita, os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais mensalidades deverão ser pagas somente nos bancos. A Unimed Guarulhos não possui cobradores domiciliares.

Local e data _____ Assinatura do corretor _____

Rubrica contratante _____ Rubrica contratada _____





CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

ANS - Nº 333051

Proposta de admissão

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico indicado pela Unimed Guarulhos. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIAMENTO SAIBA SER PORTANTO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doenças ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-los pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual.

Cobertura Parcial Temporária - CPT - Não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

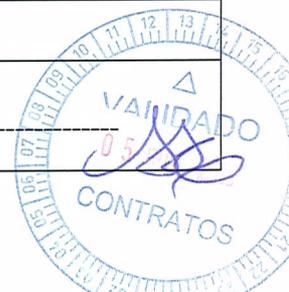
*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Foi-me entregue uma via da "Carta de Orientação ao Beneficiário" acima.

Como intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde, presenciei o preenchimento da Declaração de Saúde.

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP
NO 70953
REGISTRO

Beneficiário	Intermediário entre a operadora e o beneficiário
----- Local e data	----- Local e data
Nome:	Nome:
----- Assinatura	CPF: ----- Assinatura



**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

ANS - N° 333051

Proposta de admissão

Dados do Beneficiário Titular

Nome do titular:

CPF do titular:

Dados do(s) Beneficiário(s) Dependente(s)

Nome do dependente 1:

Nome do dependente 2:

Nome do dependente 3:

Nome do dependente 4:

Itens da Declaração de Saúde	Preencher com "S": Sim ou "N": Não				
	Titular	Dependentes			
		1	2	3	4
Válida para titular e dependentes. Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo beneficiário titular.					
1 - Sofre/sofreu de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto, arritmia ou outra?					
2 - Sofre/sofreu de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireoide, obesidade ou outra?					
3 - Sofre/sofreu de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?					
4 - Sofre/sofreu de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?					
5 - Sofre/sofreu de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorroidas, cálculo de vesícula ou outra?					
6 - Sofre/sofreu de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?					
7 - Sofre/sofreu de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos, incontinência urinária, fimose ou outra?					
8 - Sofre/sofreu de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos, endometriose ou outra?					
9 - Sofre/sofreu de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson, esclerose múltipla ou outra?					
10 - Sofre/sofreu de alguma doença oftalmológica, como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo, catarata ou outra?					
11 - Sofre/sofreu de alguma doença do sangue, submeteu-se a transfusão sanguínea, teve anemia ou trombose?					
12 - Sofreu acidente ou doença que tenha deixado qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência?					
13 - Sofre/sofreu de algum tipo de câncer?					
14 - Apresenta/apresentou hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?					
15 - Tem ou teve doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?					
16 - É portador do vírus da AIDS?					
17 - Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro de nascença ou adquirida?					
18 - Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?					
19 - Já realizou alguma cirurgia?					
20 - Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?					
21 - Faz/fez acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?					
22 - Esteve ou está em tratamento médico?					
23 - Tem ou teve alguma doença não relacionada acima?					

Informe	Titular	1° Dependente	2° Dependente	3° Dependente	4° Dependente
Peso (kg)					
Altura (m)					



Rubrica contratante

Rubrica contratada



**CORREÇÃO DA PROPOSTA DE ADMISSÃO PESSOA FÍSICA
INDIVIDUAL OU FAMILIAR**
Plano de Assistência Médica – Ambulatorial
e Hospitalar com Obstetrícia

ANS - Nº 333051

Proposta de admissão

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP

Nº 70953

REGISTRO

Beneficiário titular				
Nome do titular:				
Nome (completo) da mãe:				
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Estado civil: REGISTRO	
RG:	Órgão expedidor:	UF:	RNE:	
CPF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:		
Valor da mensalidade:	Telefone:	E-mail:		
Endereço residencial do titular (rua, avenida e etc.):				nº
Complemento (apto./ bloco):			Bairro:	
Município:	Cep:	Estado:		
Endereço de cobrança (rua, avenida e etc.):				nº
Complemento (apto./ bloco):			Bairro:	
Município:	Cep:	Estado:		
Relação dos dependentes				
1º Nome do beneficiário (sem abreviações):				
Sexo:	Estado civil:		Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha	Data de nascimento:			
CPF:	RG:	RNE:		
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:	
Nome da mãe:			Valor da mensalidade:	
2º Nome do beneficiário (sem abreviações):				
Sexo:	Estado civil:		Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha	Data de nascimento:			
CPF:	RG:	RNE:		
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:	
Nome da mãe:			Valor da mensalidade:	
3º Nome do beneficiário (sem abreviações):				
Sexo:	Estado civil:		Idade:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha	Data de nascimento:			
CPF:	RG:	RNE:		
Órgão expedidor:	UF:	Cartão do SUS:	Declaração de nascido vivo:	
Nome da mãe:			Valor da mensalidade:	
----- Rubrica contratante			----- Rubrica contratada	



4º Nome do beneficiário (sem abreviações):			
Sexo:		Estado civil:	
Idade:		Data de nascimento:	
Parentesco: () Cônjuge () Companheiro(a) () Filho () Filha			
CPF:		RG:	
RNE:		Declaração de nascido vivo:	
Órgão expedidor:		UF:	
Cartão do SUS:		Valor da mensalidade:	
Nome da mãe:			
Dados do contratante			
Nome completo (sem abreviações):			
CPF:		Telefone:	
Vínculo / titular:			
Quadro de valores			
Valor total da assistência médica (titular+dependentes)		R\$	
Valor taxa de inscrição		R\$	
Valor total		R\$	
Valor total (por extenso)			
Obs.: O quadro de correção de valores deve ser utilizado apenas para correção de erro de cálculo da soma dos valores, ou correção de rasura nos valores. É vedada a utilização do quadro de correção de valores para a formalização da alteração de categoria de plano e acomodação, ou renegociação dos valores.			
Dados da corretora			
Nome da corretora:		Código da corretora:	
Nome do corretor:		Telefone do corretor:	



----- Rubrica contratante	----- Rubrica contratada
------------------------------	-----------------------------



Guia de Leitura Contratual

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP

Nº 70953

REGISTRO

Página do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	01
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares. Pode ser coletiva ou individual.	01
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupos de estados, grupos de municípios ou municipal.	01
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	02 / 04
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	05
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	06



CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporário por DLP.	05 / 06
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	07 / 08
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	05
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	10
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	09
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº9.656/1998)	E existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas da Lei e sua regulamentação.	-

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de plano de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS através do site www.ans.com.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).
ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI O CONTRATO*

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



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - 20021-040

Disque-ANS: 0800-701-9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@anes.gov.br





Condições gerais do contrato de prestação de serviços médicos, de diagnóstico e terapia e hospitalares.

Plano Individual e Familiar - Pessoa Física

Nome comercial	Essencial VIII Apartamento Coparticipativo
Número de registro na ANS	478.593/17-2
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Individual ou Familiar
Área geográfica	Municipal
Área de atuação do plano de saúde	Guarulhos
Padrão de acomodação em internação	Individual (Apartamento)
Formação do preço	Pré-Pagamento

Operadora de Planos de Saúde (OPS):

UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Nº de registro na ANS: 333051

Endereço: Avenida Paulo Faccini, 900 - Jardim Barbosa

Cidade: Guarulhos - UF: São Paulo - CEP: 07111-000

Telefone / Fax: (11) 2463-8000

SAC: 0800 770 2500

CNPJ: 74.466.137/0001-72

Inscrição estadual: Isento



SUMÁRIO

- TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO
- TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO
- TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
- TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA
- TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO
- TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA
- TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
- TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- TÍTULO IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO
- TÍTULO X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE
- TÍTULO XI - REAJUSTE
- TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS
- TÍTULO XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
- TÍTULO XIV - RESCISÃO / SUSPENSÃO
- TÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERAIS
- TÍTULO XVI - ELEIÇÃO DE FORO

TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Seção I - Do Objeto

Art. 1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por intermédio de rede própria, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98, visando exclusivamente à cobertura dos procedimentos específicos da segmentação assistencial contratada (AMBULATORIAL e HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA), de acordo com o rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2. A assistência ora pactuada visa, além da recuperação e manutenção da saúde, também à prevenção da doença, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

Seção II - Da Natureza

Art. 3. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro (Lei Federal nº 10.406/02), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei Federal nº 8.078/90), de forma subsidiária.

Art. 4. O presente também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas se mantêm, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

Art. 5. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, declaração de saúde e demais documentos firmados pelas partes.



TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Seção I - Dos Titulares

Art. 6. O usuário titular é o CONTRATANTE ou aquele por ele indicado.

Seção II - Dos Dependentes

Art. 7. Podem ser inscritos como usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:

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

Parágrafo único. Caso haja previsão expressa na Proposta de Admissão, conforme critério da CONTRATADA poderão ser incluídos no contrato outros integrantes do grupo familiar, desde que tenham com o usuário titular parentesco consanguíneo até o terceiro grau, ou até o segundo grau de parentesco por afinidade.

Art. 8. Observadas as condições de inscrição, é assegurada a inclusão:

- I - Do recém-nascido, assim considerada a criança com idade até trinta dias de vida, filho natural ou adotivo do usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que, simultaneamente:
 - a) a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou adoção, guarda ou tutela, observado o limite de idade da criança; e
 - b) o pai ou a mãe, ou seu responsável legal, não esteja cumprindo a carência máxima legal de 180 (cento e oitenta) dias;
- II - Do menor de doze anos, filho adotivo, sob guarda ou tutela, ou ainda, daquele que venha a ter a paternidade reconhecida, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante ou responsável legal, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o ato;
- III - do cônjuge ou convivente do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, quando contrair matrimônio, ou houver o implemento da condição de união estável, durante a vigência do contrato, e desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento. Iguais requisitos serão observados para as inscrições de enteados do usuário titular.
- IV - Dos novos usuários titulares observados os critérios de cumprimento dos períodos de carência definidos neste instrumento.

§1º Caso ainda não esteja completado o prazo previsto na letra 'b' do inciso I deste artigo, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência cumpridos pelo pai, mãe ou responsável legal.

§2º Ultrapassados os prazos previstos na letra 'a' do inciso I, e nos incisos II e III deste artigo, os inscritos cumprirão integralmente os períodos máximos de carência dispostos neste contrato, bem como de Cobertura Parcial Temporária na hipótese de doença ou lesão preexistente.

Seção III - Da Inclusão

Art. 9. O CONTRATANTE é obrigado a fornecer todos os dados exigidos pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sendo os seguintes documentos obrigatórios: cópia do RG que contenha o nome do CONTRATANTE legível e o nome da mãe do CONTRATANTE; cópia do CPF do CONTRATANTE e seus dependentes, comprovante de endereço residencial com CEP (o comprovante, obrigatoriamente, deverá conter o nome do CONTRATANTE), cópia do PIS/PASEP, cópia do Cartão Nacional de Saúde, comprovante de elegibilidade dos dependentes (certidão de nascimento ou casamento), sendo responsabilidade da CONTRATANTE manter os dados atualizados e enviar eventuais complementação, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

Art. 10. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre o Usuário Titular e o beneficiário dependente, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo.

Art. 11. Não poderá ser inscrito no plano o dependente que, na data da assinatura deste contrato estiver internado. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão mediante a realização de perícia médica.

TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Seção I - Das Condições de Atendimento

Art. 12. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, ou mediante reembolso, o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observado o Protocolo de Utilização (PROUT) definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Art. 13. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no rol de procedimentos editado pela ANS, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas no rol de procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 14. O Usuário Titular e seus dependentes farão jus à cobertura básica que está prevista neste contrato e os atendimentos serão prestados através da rede de atendimento e abrangência geográfica do plano escolhido, que consta da Proposta de Admissão.

Parágrafo único. Os usuários poderão optar pelos tipos de planos a eles oferecidos, de acordo com os descritos na Proposta de Admissão.

Art. 15. A CONTRATADA assegurará aos usuários regularmente inscritos, e satisfeitas as condições deste contrato, a cobertura de todas as



especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, 10ª Revisão, CID-10, limitada aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação assistencial contratada (AMBULATORIAL e HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA), - observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, - realizados exclusivamente pelos recursos próprios para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos previstos neste contrato terá cobertura, caso haja indicação clínica. Nas localidades onde houver dificuldade de cooperação ou contratação dos profissionais, a cobertura se dará por meio de reembolso.

§2º. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, observadas as especificações deste instrumento.

Seção II - Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 16. A Segmentação Ambulatorial compreende os atendimentos realizados no ambulatório próprio da UNIMED, ou em consultório dos médicos cooperados, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (excluídos os procedimentos da segmentação odontológica), não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- I. Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, e cobertura de consultas médicas com médicos do recurso próprio da UNIMED GUARULHOS, em número ilimitado, inclusive obstétricas 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 cooperado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;
- III. Cobertura de consulta e sessões de psicoterapia, com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com os limites estabelecidos no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme indicação dos médicos cooperados da UNIMED observadas as Diretrizes de Utilização definidas pelo órgão regulador;
- IV. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação médica do médico cooperado;
- V. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de unidades de saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios;
 - c) Radioterapia ambulatorial (procedimentos descritos no Rol de Procedimentos editados pela ANS para a segmentação ambulatorial);
 - d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais (prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas);
 - e) Hemoterapia ambulatorial; e
 - f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- VI. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observada a utilização, preferencialmente, de medicamento genérico (Lei nº 9.787) e medicamento fracionado, de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS.
- VII. Nos casos de urgência ou emergência não é necessário encaminhamento ou autorização prévia.

Art. 17. A cobertura da segmentação ambulatorial não inclui (a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio; (b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e (c) embolizações.

Seção III - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 18. Durante a internação, clínica ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- III - cobertura de despesas referentes a honorários dos médicos cooperados, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação fornecida pelo estabelecimento hospitalar;
- IV - 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, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- VI - cobertura de despesas de alimentação e acomodação - observado o padrão contratado: individual ou coletivo -, fornecidas exclusivamente pelo hospital, de um acompanhante para usuários menores de 18 anos, idosos a partir de sessenta anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente e as condições do estabelecimento, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- VII - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia;
 - c) radioterapia;
 - d) hemoterapia;



- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS.



Art. 19. Incluem-se nas coberturas deste plano:

- I - Os procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados no rol de procedimentos, definido para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- II - os transplantes, apenas de rim e córnea, e os de medula óssea (autólogo e alogênico), - estes, desde que satisfeitos os critérios técnicos estabelecidos nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS -, incluindo as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza os transplantes:
 - a) entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
 - a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - a.2) os medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
 - a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
 - b) os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, obrigatoriamente, deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, caso contrário, estará excluída a cobertura;
- III - as órteses, próteses e materiais especiais - OPME ligados aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as suas características (dimensões, material de fabricação e tipo), e, quando solicitado, justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que atendam às características especificadas.

§1º. Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§2º. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br.

Art. 20. A cirurgia plástica reparadora, não caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica, terá cobertura quando:

- I - efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros que estejam causando problemas funcionais em virtude de eventos ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo usuário, ou que não seja caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica;
- II - reconstrutiva de mama que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer.

Art. 21. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos.

§1º. O usuário poderá dispor de atendimento/acompanhamento em hospital-dia para transtornos mentais quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (Diretriz de Utilização editada pela ANS) para paciente portador de:

- I - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- II - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- III - transtornos do humor (episódio maniaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- IV - transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

§2º. As internações decorrentes de transtorno psiquiátrico estão sujeitos à coparticipação do usuário conforme definido na Proposta de Admissão. Caso não haja definição de Coparticipação para as demais internações, a CONTRATANTE participará no custeio daquelas decorrentes de transtorno psiquiátrico quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

§3º. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e mediante indicação do médico assistente.

Seção IV - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

Art. 22. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, observado o rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e ainda, desde que a mãe, ou adotante, conforme o caso, tenha cumprido as carências específicas:

- I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante designado pela mulher durante o pré-parto, parto, pós-parto imediato e conforme a indicação do médico;
- II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; ultrapassado esse prazo, a cobertura cessará, exceto se tiver sido incluído no plano, respeitadas as condições para sua inscrição.



procedimentos da segmentação odontológica, sendo certo que qualquer inclusão de novos procedimentos na cobertura, após a contratação, importará cumprimento do período de 180 (cento e oitenta) dias de carência.

Art. 29. O Usuário Titular, depois de decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de admissão, poderá mudar de plano.

§ 1º. Os usuários que se transferirem para um plano mais oneroso, pagarão as diferenças de valores estipulados para o tipo de plano que ingressar, sujeitando-se aos períodos de carências abaixo para o novo padrão de acomodação e/ou rede de atendimento, ficando garantida cobertura do contrato original. Os prazos de carência, a contar da data da solicitação de mudança de plano, são os seguintes:

a) 180 dias para todas as internações.

§ 2º. A mudança para um plano menos oneroso somente será feita após análise da utilização do usuário, observando-se o abaixo descrito:

- a) havendo internação hospitalar, a mudança será feita decorridos 12 (doze) meses da data da última internação do usuário;
- b) não havendo internação hospitalar, a mudança será feita decorrido o prazo estabelecido no caput;
- c) independentemente do período estabelecido para mudança, se houver opção por tipo de plano com acomodação em apartamento, os usuários estarão sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência indicados no § 1º acima, alíneas 'a' e 'b'.

TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 30. Para efeito deste contrato, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 31. É condição prévia para inclusão do usuário que este informe, por meio de declaração de saúde (conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do plano.

Parágrafo único. O usuário 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 da CONTRATADA, sem qualquer ônus. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Art. 32. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, posteriormente ou não à entrega da Declaração de Saúde, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações.

Parágrafo único. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 33. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, 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 poderá restringir tais coberturas por meio de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo único. A Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou inclusão do usuário no plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo usuário ou seu representante legal, ou constatadas por perícia.

Art. 34. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses de permanência ininterrupta do usuário no plano contratado.

Art. 35. Se for identificado indício de fraude por parte do usuário, 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 usuário a alegação de omissão de informação por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou requerer abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de omissão na declaração de saúde, conforme norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º. O usuário será responsável pelo ressarcimento à CONTRATADA das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente reconhecidamente omitida, além de ser excluído do contrato.

§2º. A CONTRATANTE é solidariamente responsável pelo ressarcimento mencionado acima.

TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 36. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:

- I - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
- II - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. Haverá cobertura dos procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 37. Quando o atendimento de emergência ou em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência da segmentação hospitalar, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário, não cabendo ônus à CONTRATADA.



TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 23. Estão excluídos da cobertura deste plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação assistencial contratada, ou sem a observância das diretrizes de utilização, bem como:

- I - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências, ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- II - 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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- III - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do rol de procedimentos definido pela ANS, e observadas as respectivas diretrizes de utilização;
- IV - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- V - 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;
- VI - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- VII - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- VIII - para planos com acomodação coletiva: despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) 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 específicas;
- IX - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- X - cirurgias para mudança de sexo;
- XI - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XII - 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 entidades não credenciadas pela CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste instrumento;
- XIII - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XIV - inseminação artificial, assim entendida como a 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;
- XV - enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVI - cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- XVII - procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- XVIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XIX - aplicação de vacinas;
- XX - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXI - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XXII - remoção domiciliar;
- XXIII - implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes de medula óssea, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;
- XXIV - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXV - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXVI - procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.

Art. 24. Estão excluídos ainda, mesmo quando dentro da área geográfica de abrangência do plano, quaisquer serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias (mesmo em casos de urgência e/ou emergência) realizados em estabelecimentos não contratados por este plano.

TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 25. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, cuja contagem se iniciará na data de sua assinatura ou da Proposta de Admissão, ou ainda, a partir do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

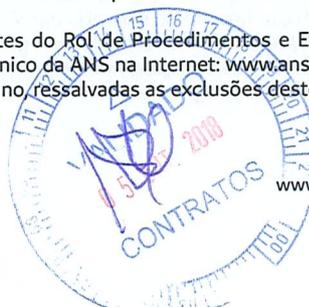
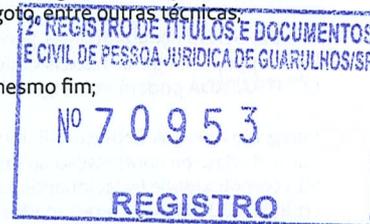
Art. 26. Salvo manifestação em contrário do CONTRATANTE, com antecedência mínima de trinta dias, o presente contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não sendo cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação.

TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27. Os usuários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência estabelecidos na Proposta de Admissão.

Parágrafo único. O início da contagem do período de carência dar-se-á na data de início de vigência do presente contrato para o usuário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua inclusão no plano.

Art. 28. O CONTRATANTE tem acesso a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br, bem como as Diretrizes de Utilização e Diretrizes Clínicas, que correspondem à cobertura deste plano, ressalvadas as exclusões deste instrumento, notadamente os



Art. 38. Após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do plano para o respectivo usuário, estará garantida a cobertura integral, dentro do Rol de Procedimentos das segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, para os casos de emergência e urgência em decorrência de acidentes pessoais.

Art. 39. Os usuários cujos atendimentos estejam restritos em decorrência de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para a segmentação ambulatorial, excluídos os procedimentos de alta complexidade definidos no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Art. 40. Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, é garantida a cobertura de remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de abrangência do plano, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, e que desses serviços necessite:

- I – quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente para os procedimentos cobertos; ou
- II – pela necessidade de internação para os usuários em cumprimento de período de carência ou Cobertura Parcial Temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, observadas as seguintes disposições:
 - a) só cessará a responsabilidade da CONTRATADA sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
 - b) quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção; e
 - c) quando não for possível a remoção por risco de vida, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Art. 41. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste instrumento das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro da abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados para o plano.

Parágrafo único. Fica expressamente estabelecido que o presente não contempla reembolso de atendimento fora da área de abrangência, tampouco por troca de médico por preferência do usuário, ainda que por especialista, havendo serviço médico disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Art. 42. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, sendo os valores iguais aos que a CONTRATADA remunera a rede de prestadores deste plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo CONTRATANTE, dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral ao montante despendido pelo usuário:

- a) solicitação de reembolso em formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, 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;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IPCA – PLANOS DE SAÚDE (IBGE), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 43. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 44. O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TÍTULO IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 45. 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, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o usuário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

Parágrafo único. Caso haja necessidade de segunda via do Cartão Individual de Identificação este deverá ser solicitado por escrito e retirado na sede da UNIMED, mediante pagamento do respectivo valor.

Art. 46. A CONTRATADA assegurará aos usuários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no Rol de Procedimentos, realizados pelos médicos cooperados da Unimed e rede dos demais prestadores próprios referente ao plano adquirido, conforme Guia de Serviços de Saúde.

§1º As consultas deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido entre aqueles pertencentes à rede própria do plano.

§2º Desde que executados na rede de prestadores do plano e atendidas as condições contratuais, estará garantida a cobertura dos serviços diagnósticos e tratamentos, ainda que o profissional solicitante não pertença à rede própria da operadora.

§3º. O usuário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados. As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da CONTRATADA, pelo serviço de tele-atendimento ou pela Internet.

Art. 47. Para acesso a quaisquer serviços os usuários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.



Art. 48. As internações eletivas requerem autorização prévia, e para a sua obtenção o usuário apresentará à CONTRATADA o pedido médico com as devidas razões da internação, com indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

Parágrafo único. Caso não seja necessária a realização de perícia, a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificativa médica a ser apresentada à OPERADORA.

Art. 49. Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva autorização da internação e procedimentos, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 50. O usuário estará obrigado, ao internar-se, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 51. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

Art. 52. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 53. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 54. A CONTRATADA se reserva o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Parágrafo único. Fica garantido ao usuário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Art. 55. A CONTRATADA poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei Federal nº 9.656/98, ou seja, comunicação com antecedência de trinta dias ou após prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os casos de substituição ou redução da rede hospitalar, respectivamente.

Parágrafo único. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica qualquer direito de redução dos valores fixados.

Art. 56. A CONTRATANTE participará no pagamento dos procedimentos de transtorno psiquiátrico realizados pelos usuários, conforme especificado neste instrumento, pela chamada “coparticipação”, que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

Art. 57. Para os produtos com formação de preço PARTICIPATIVO o CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados neste contrato, no pagamento dos procedimentos pela chamada “coparticipação”, que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

Art. 58. Haverá coparticipação no percentual ou valor monetário conforme assinalado na proposta de admissão, cujos valores bases serão calculados de acordo com a Tabela de Referência.

TÍTULO X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 59. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Art. 60. Os valores e critérios de cobrança estão dispostos na Proposta de Admissão.

Art. 61. O CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por usuário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades.

§1º. A INSCRIÇÃO, a ser paga uma única vez, juntamente com a primeira mensalidade, corresponde ao valor atribuído à remuneração pelos custos de implantação do plano: cadastramento dos usuários, expedição de documentação, Cartões Individuais de Identificação etc. O valor da Inscrição está descrito na Proposta de Admissão.

§2º. As MENSALIDADES, cujos valores são aferidos de acordo com a idade dos usuários dispostos conforme a faixa etária em que se enquadrem, correspondem às contraprestações sucessivas e mensais pelo plano ora contratado. A Mensalidade inicial na primeira faixa etária (até 18 anos), por usuário e a data de vencimento no mês, está descrito na Proposta de Admissão.

§3º. A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 62. Ocorrendo impontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IPCA – PLANOS DE SAÚDE (IBGE), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão, a critério da CONTRATADA.

Art. 63. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 64. Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do



respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora.

TÍTULO XI - REAJUSTE

Art. 65. Os valores das Mensalidades foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os custos dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência prevista de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, os limites, valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim, quaisquer alterações desses itens ensejarão novos valores.

Art. 66. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades e da eventual coparticipação será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do contrato, observado o limite máximo autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, baseado na variação do IPCA - Planos de Saúde, divulgado pela Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no período, ou se este índice deixar de ser divulgado, adotar-se-á outro que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período;

§2º. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

Art. 67. Não sendo vedado o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado quando o nível de sinistralidade ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerando como data base de aniversário o mês de assinatura do contrato.

Parágrafo único - Para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \left[\left[\frac{S}{M} + \left[\frac{1,1}{5} \times \frac{\sqrt{S}}{M} \right] - 0,75 \right] - 1 \right]$$

onde:

R = Reajuste

S = Sinistros ('despesas' geradas pela utilização dos serviços)

M = Mensalidades ('receita' recebida)

Art. 68. Além dos reajustes acima previstos, haverá alteração de preço em razão da mudança de faixa etária, disposto no tema próprio.

TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 69. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer usuário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

Art. 70. As faixas etárias para os fins deste contrato serão:

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

Art. 71. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, que não se confunde com o reajuste financeiro anual, obedecerá aos percentuais definidos na Proposta de Admissão.

§1º. Os percentuais definidos acima para a mudança de faixa etária incidirão sobre as mensalidades vigentes na data que ocorrer a alteração da idade do usuário (e que importe em deslocamento para a faixa etária superior), ou seja, os percentuais incidirão sobre os valores das mensalidades reajustadas e/ou revistas na forma contratual.

§2º. 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, e ainda, a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

§3º. Os usuários a partir de 59 anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, porém, estarão sujeitos ao reajuste financeiro anual, e, eventualmente, à revisão técnica, na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 72. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

Parágrafo único. A exclusão do Usuário Titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito a manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção das obrigações decorrentes.



Art. 73. A CONTRATADA está autorizada a excluir os usuários ocorrendo fraude por:

- I - qualquer ato ilícito praticado na utilização do objeto deste instrumento;
- II - utilização indevida do cartão individual de identificação do usuário;
- III - omissão ou distorção de informações em prejuízo da operadora ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- IV - descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

Parágrafo único. No conceito de fraude incluem-se a má-fé e deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 74. É obrigação do CONTRATANTE recolher os cartões individuais de identificação dos usuários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela operadora, e encaminhá-los à sede da CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário.

§1º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

TÍTULO XIV - RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 75. O atraso no pagamento da mensalidade (inclusive da coparticipação) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, sem prejuízo do direito de a CONTRATADA denunciar o contrato.

Parágrafo único. A CONTRATADA se obriga a notificar o usuário com pelo menos dez dias de antecedência antes da suspensão referida no caput.

Art. 76. Também será excluído deste contrato o grupo familiar cujo integrante tenha:

- I - praticado qualquer ato ilícito na utilização do objeto deste contrato;
- II - praticado abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- III - utilizado indevidamente o cartão individual de identificação UNIMED;
- IV - omitido ou distorcido informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- V - descumprido as condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Art. 77. Na hipótese de rescisão durante o período da vigência inicial da adesão, este se obriga a pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo, que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressalvando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil vigente.

§1º - O usuário titular poderá solicitar sua imediata exclusão ou de seus dependentes mediante ciência da CONTRATADA conforme disposições da RN nº 412 da ANS.

§2º - A solicitação de cancelamento do contrato suspende imediatamente a prestação dos serviços.

§3º - Após o solicitação de cancelamento do contrato serão apurados os valores para eventual ressarcimento ou cobrança posteriormente.

Art. 78. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato, ou permanência do beneficiário, cessa no último dia do prazo da denúncia contratual, ou na data prevista para a exclusão do beneficiário, excluído voluntária ou compulsoriamente, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

Parágrafo único. A CONTRATANTE é responsável pelas despesas efetuadas após a exclusão dos beneficiários, excluídos voluntária ou compulsoriamente, ainda que solidariamente.

Art. 79. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de exclusão do contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos usuários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Art. 80. Os valores de coparticipação relativos a procedimentos realizados durante a vigência deste instrumento e que eventualmente ainda não tenham sido apurados e cobrados formalmente no ato da rescisão, poderão ser cobrados mesmo após o término da vigência contratual, conforme prazo estabelecido no artigo 206, parágrafo quinto do Código Civil de 2002, sujeitando sua inadimplência às penalidades previstas neste instrumento.

TÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I - Das Definições

Art. 81. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- I - CONTRATANTE: é a pessoa física que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os usuários.
- II - CONTRATADA: é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano contratado, nos termos deste instrumento, por meio de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.
- III - USUÁRIO: é a pessoa física inscrita no plano que usufruirá os serviços ora pactuados, na qualidade de titular ou dependente.



Art. 82. Também são assim definidos:

- I – ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- II – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- III – AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A CONTRATADA não adota essa alternativa em seus contratos.
- IV – ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
- V – CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- VI – CARÊNCIA: é o período ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, ou da data da adesão ao plano, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
- VII – CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, data de nascimento, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.
- VIII – CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS da respectiva segmentação assistencial contratada.
- IX – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente.
- X – CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- XI – CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.
- XII – CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação de emprego ou estatutária, podendo abranger ainda, conforme previsão contratual, os sócios, administradores, demitidos, aposentados, agentes políticos, e respectivos grupos familiares.
- XIII – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, tais como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais, cooperativas que congreguem membros de categorias, podendo abranger, conforme previsão contratual, os respectivos grupos familiares.
- XIV – CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
- XV – COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.
- XVI – CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência (podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas).
- XVII – DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) e DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): definem critérios cujo atendimento é condição para que haja direito à cobertura dos procedimentos específicos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); sem o cumprimento das exigências (critérios das diretrizes) a operadora não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.
- XVIII – DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XIX – DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.
- XX – ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXI – EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XXII – EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.
- XXIII – EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário. São considerados EXAMES BÁSICOS de diagnóstico e terapias: a) análises clínicas; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica; f) exames radiológicos simples sem contraste; g) exames e testes alergológicos; h) exames e testes oftalmológicos; i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia; j) inaloterapia; k) prova de função pulmonar; l) teste ergométrico; m) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos. São considerados EXAMES ESPECIAIS de diagnóstico e terapia: a) eletroencefalograma prolongado; b) ultrassonografia; c) tomografia computadorizada; d) ressonância nuclear magnética; e) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; f) densitometria óssea; g) laparoscopia diagnóstica; h) medicina nuclear; i) eletrocardiografia dinâmica (holter); j) arterial; k) fisioterapia; l) radiologia com contraste; m) videolaringoscopia computadorizada; n) videolaparoscopia diagnóstica; o) eletromiografia; p) eletroneuromiografia. São considerados PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS: a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua); b) angiografia; c) polissonografia; d) hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias oftalmológicas; f) mapeamento cerebral; g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; h) embolizações e radiologia intervencionista; i) oxigenoterapia hiperbárica; j) litotripsia.
- XXIV – EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o usuário seja portador antes da contratação.
- XXV – GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.
- XXVI – HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA, CATEGORIA DIFERENCIADA OU PRIMEIRA LINHA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços, acima dos praticados pelos demais estabelecimentos do mercado, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.
- XXVII – INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.



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

XXIX - MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas e coparticipação pecuniária previstas no contrato; contraprestação.

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

XXXI - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXII - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo(a) CONTRATANTE; produto.

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

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

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

XXXVI - RECEITA ou INGRESSO: é o valor total arrecadado pela CONTRATADA, compreendendo as mensalidades, a coparticipação, se houver, e, ainda, eventual faturamento em custo operacional (preço pós-estabelecido).

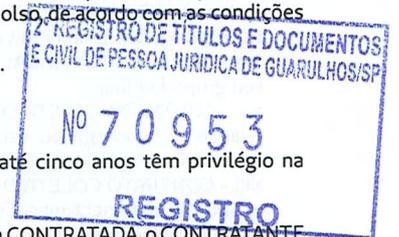
XXXVII - RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS PRÓPRIOS: todo recurso físico, hospitalar ou ambulatorial, de propriedade da CONTRATADA, e ainda, profissional assalariado ou cooperado da CONTRATADA.

XXXVIII - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).

XXXIX - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos, constantes da relação entregue à CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.

XL - TABELA DE REFERÊNCIA ou REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, utilizada para fins de reembolso, de acordo com as condições expressas no contrato.

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



Seção II - Das Disposições Gerais

Art. 83. Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 84. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

Art. 85. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços não cobertos pelo contrato ou, quando houver cobertura, eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de suspensão ou cumprimento de carência, após o término da relação contratual ou em fraude, obrigando-se o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 86. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 87. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue pela CONTRATADA ao CONTRATANTE, este deverá comunicar, por escrito, o fato àquela, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

Art. 88. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 89. Se qualquer das partes, em benefício da outra, permitir, mesmo por omissão, a inobservância no todo ou em parte de qualquer das cláusulas e condições deste contrato, tal fato não poderá liberar, desonerar ou de qualquer forma afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas, como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido, não implicando perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 90. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

Art. 91. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

§1º. O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos usuários como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª REVISÃO, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

§2º. A CONTRATADA fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Médica.

Art. 92. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Parágrafo único. As partes destacam que a responsabilidade da CONTRATADA limita-se à cobertura definida expressamente neste



instrumento, considerando-se o rol de procedimentos taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos usuários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente incluídos neste contrato ou no rol de procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS não têm cobertura.

Art. 93. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a si e seus dependentes, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

Art. 94. A CONTRATANTE compromete-se expressamente a não fornecer a terceiros e a manter em estrito sigilo quaisquer dados, materiais, pormenores, informações, documentos, especificações técnicas, inovações e aperfeiçoamento da CONTRATANTE, de que venha a ter conhecimento ou acesso, ou que venha a lhe ser confiado em razão deste contrato. Entende-se por "informações confidenciais" neste contrato, todos os dados que não sejam de domínio público, reveladas pela CONTRATADA a CONTRATANTE. O não cumprimento desta cláusula implicará na responsabilidade civil e criminal dos que estiverem envolvidos na violação das regras de sigilo e confidencialidade; sendo que, as obrigações a que alude esta cláusula perdurarão inclusive após a cessação do vínculo.

TÍTULO XVI - ELEIÇÃO DE FORO

Art. 95. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem justas e acordadas, assinam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas.

Este documento está registrado no 2º Registro de Títulos e Documentos de Guarulhos/SP sob o nº 65846 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob nº 478.593/17-2.

Guarulhos, 08 de outubro de 20 18.

Contratante: _____

Contratada: _____


Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico
Dr. Abdul Kader Monhass
Diretor de Desenvolvimento de Mercado
E Gestão de Contratos

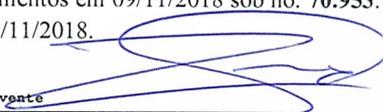
Testemunhas: _____

Nome: _____
RG nº _____

Nome: _____
RG nº _____

2o OFICIAL DE REGISTRO DE IMOVEIS E ANEXOS DA COMARCA DE GUARULHOS - SP

Rua Guaira, 91, Jd Barbosa - CEP 07111-320 - Guarulhos/SP (2087-4000)
Protocolado em 15/10/2018 sob no. **80.906**, registrado e microfilmado
no Registro de Títulos e Documentos em 09/11/2018 sob no. **70.953**.
Guarulhos, 09/11/2018.


Lourival Varol - Escrevente

OFICIAL	ESTADO	IPESP	R	CIVIL	T	J	MUNIC	MP	DIL	TOTAL
179,47	50,93	35,01	9,40	12,29	8,71	8,66	0,00			304,47





ANS - Nº 333051

agosto / 2018

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO



Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 770 2500
Avenida Paulo Faccini, nº 900 - Jardim Barbosa - Guarulhos - SP

www.unimedguarulhos.coop.br