



Plano de Saúde Pequena e média empresa Pré-pagamento sem coparticipação

Pleno Enfermaria
Pleno Apartamento
Pratic Ouro Empresarial Enfermaria
Pratic Ouro Empresarial Apartamento
Regional Básico Enfermaria
Regional Especial Apartamento



Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde



Diferenças Entre Planos Individuais e Coletivos

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

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

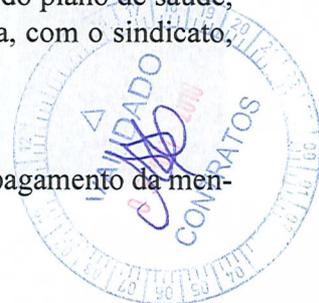
É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. 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 congêneres, 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 men-



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.

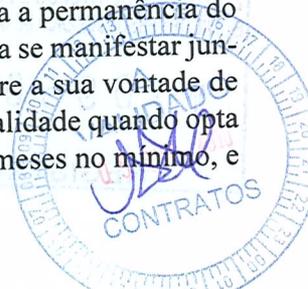
Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das 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.

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

Nº 70950

REGISTRO

salidade, 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 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 contratação 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

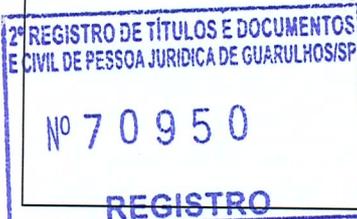
Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação do plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

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 - 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





INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE - PME
Plano de Assistência Médica
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

ANS - N° 333051

Instrumento de comercialização

Assinalar com um X a opção de plano contratada

Contratação	Plano	N° Registro ANS	Acomodação	Modalidade
	Pleno Enfermaria	467.970/12-9	Enfermaria	Pré-pagamento sem coparticipação
	Pleno Apartamento	467.969/12-5	Apartamento	Pré-pagamento sem coparticipação
	Pratic Ouro Empresarial Enf.	464.793/11-9	Enfermaria	Pré-pagamento sem coparticipação
	Pratic Ouro Empresarial Apto.	464.795/11-5	Apartamento	Pré-pagamento sem coparticipação
	Regional Básico Enfermaria	472.429/14-1	Enfermaria	Pré-pagamento sem coparticipação
	Regional Especial Apartamento	472.430/14-5	Apartamento	Pré-pagamento sem coparticipação

Dados da empresa contratante

Razão social:

CNPJ:

Inscrição estadual:

Inscrição municipal:

Ramo de atividade:

Telefone comercial:

E-mail:

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

Nº 70950

REGISTRO

Endereço da contratante (rua, avenida e etc.):

N°

Complemento:

Bairro:

Município:

Estado:

Cep:

Endereço de cobrança da contratante (rua, avenida e etc.):

N°

Complemento:

Bairro:

Município:

Estado:

Cep:

Contato da empresa:

Cargo:

E-mail:

Telefone celular 1:

Telefone celular 2:

Representantes legais

1° Nome completo (sem abreviações):

CPF:

RG:

Tipo de vínculo:

2° Nome completo (sem abreviações):

CPF:

RG:

Tipo de vínculo:

Vigência do contrato

Documentos a serem apresentados

Data de admissão

Início da vigência e pagamento

- Dia 01 a 10
- Dia 11 a 20
- Dia 21 a 31

- Dia 20 do mesmo mês
- Dia 30 do mesmo mês
- Dia 10 do mês subsequente

- CNPJ
- RG, CPF e comprovante de endereço dos proprietários
- Contrato social e alterações
- Cópia relação FGTS/GFIP
- Relação de usuários, documentos pessoais e cartão do SUS
- Inscrição municipal
- Inscrição estadual

Massa populacional e discriminação dos valores

Todos os valores relacionados à mensalidade e taxa de inscrição estão discriminados na tabela de preço.

Massa populacional inicial (quantidade)

Mensalidade

R\$

Taxa de inscrição

R\$

Valor total da primeira fatura

R\$

Valor total da primeira fatura (por extenso)

Local

Data de admissão

Assinatura da empresa

Rubrica contratante

Rubrica contratada



Relações de filiais / coligadas			
1ª filial / coligada			
Razão social:			
CNPJ:	Inscrição estadual:	Inscrição municipal:	
Telefone comercial:	E-mail:		
Endereço (rua, avenida, etc.):			Nº
Complemento (apto./ bloco):		Bairro:	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE GUARULHOS/SP</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">Nº 70950</p> <p style="font-weight: bold; color: blue;">REGISTRO</p> </div>
Município:	Cep:	Estado:	
2ª filial / coligada			
Razão social:			
CNPJ:	Inscrição estadual:	Inscrição municipal:	
Telefone comercial:	E-mail:		
Endereço (rua, avenida, etc.):			Nº
Complemento (apto./ bloco):		Bairro:	
Município:	Cep:	Estado:	
Recibo			
O corretor abaixo assinado declara que, por autorização da Unimed Guarulhos, recebeu do titular e/ou contratante desta proposta a importância informada no campo Massa populacional e discriminação dos valores, referente ao pagamento da primeira mensalidade e da taxa de inscrição do plano ora proposto, ficando 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, uma vez que a Unimed Guarulhos não possui equipe de cobrança em domicílio.			
Nome da corretora:		Código da corretora:	
Nome do corretor:	CPF do corretor:	Telefone do corretor:	
----- Local e data		----- Assinatura do corretor	
Declaração 1			
Declaramos, para todos os fins de direito, que antes da contratação do nosso plano de saúde coletivo, a Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico disponibilizou-nos para análise o MPS - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde , conforme determina a Resolução Normativa - RN nº 195 e Instrução Normativa - IN nº 20, ambas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.			
Declaração 2			
Declaramos, para todos os fins de direito, que na contratação do nosso plano de saúde coletivo, a Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico disponibilizou-nos para análise o GLC - Guia de Leitura Contratual , conforme determina a Resolução Normativa - RN nº 195 e Instrução Normativa - IN nº 20, ambas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.			
Declaração 3			
Declaramos, para todos os fins de direito, que na data da contratação do nosso plano de saúde coletivo, a Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico, conforme determina a Lei nº 9.656/98, ofereceu-nos o Plano Referência, com o tipo de contratação coletiva empresarial e registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob nº 444.133/03-8 (Referência Participativo). Entretanto, não tendo interesse no produto acima mencionado, por nossa única e exclusiva iniciativa , contratamos os produtos constantes neste Instrumento de Comercialização. Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.			
Declaração 4			
Declaramos, para todos os fins de direito, que antes da contratação do nosso plano de saúde coletivo, a Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico disponibilizou-nos para análise as Tabelas de preços atualmente comercializadas com os valores das mensalidades por faixa etária , conforme determina a Lei nº 9.656/98, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.			
Declaração 5			
Declaramos, para todos os fins de direito, que na data da contratação deste Instrumento de Comercialização, recebemos as Condições Gerais que se encontram registradas no 2º Registro de Títulos e Documentos de Guarulhos/SP, sob o número 64095, conforme opções de planos na planilha de admissão de usuário. Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.			
----- Local e data		----- Assinatura contratante	
----- Local e data		----- Assinatura contratante	
Testemunha:		Testemunha:	
Nome:	RG:	Nome:	RG:





CORREÇÃO DO INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE - PME

ANS - Nº 333051

Instrumento de comercialização

Preencher somente os dados que foram preenchidos errados no Instrumento de Comercialização de Planos de Saúde - PME.

Assinalar com um X a opção de plano contratada

Contratação	Plano	Nº Registro ANS	Acomodação	Modalidade
	Pleno Enfermaria	467.970/12-9	Enfermaria	Pré-pagamento sem coparticipação
	Pleno Apartamento	467.969/12-5	Apartamento	Pré-pagamento sem coparticipação
	Pratic Ouro Empresarial Enf.	464.793/11-9	Enfermaria	Pré-pagamento sem coparticipação
	Pratic Ouro Empresarial Apto.	464.795/11-5	Apartamento	Pré-pagamento sem coparticipação
	Regional Básico Enfermaria	472.429/14-1	Enfermaria	Pré-pagamento sem coparticipação
	Regional Especial Apartamento	472.430/14-5	Apartamento	Pré-pagamento sem coparticipação

Dados da empresa contratante

Razão social:

CNPJ: _____ Inscrição estadual: _____ Inscrição municipal: _____

Ramo de atividade: _____ Telefone comercial: _____ E-mail: _____

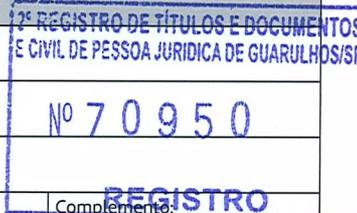
Endereço da contratante (rua, avenida e etc.): _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ Cep: _____

Endereço de cobrança da contratante (rua, avenida e etc.): _____ Nº _____ Complemento: _____

Contato da empresa: _____ Cargo: _____

E-mail: _____ Telefone celular 1: _____ Telefone celular 2: _____



Representantes legais

1º Nome completo (sem abreviações): _____

CPF: _____ RG: _____ Tipo de vínculo: _____

2º Nome completo (sem abreviações): _____

CPF: _____ RG: _____ Tipo de vínculo: _____

Massa populacional e discriminação dos valores

Todos os valores relacionados à mensalidade e taxa de inscrição estão discriminados na tabela de preço.

Massa populacional inicial (quantidade)	
Mensalidade	R\$
Taxa de inscrição	R\$
Valor total da primeira fatura	R\$
Valor total da primeira fatura (por extenso)	

A CONTRATANTE fica ciente e concorda que no ato da assinatura desta correção as cláusulas supra preenchidas, revogam e substituem as cláusulas descritas no Instrumento de Comercialização de Planos de Saúde - PME, que inicialmente tenham sido pactuadas, e reconhece que a assinatura do mesmo se deu tão somente por erro de preenchimento.

----- Local ----- /-----/----- Data de admissão ----- Assinatura da empresa -----

Relação de filiais / coligadas

Razão social: _____ CNPJ: _____ Inscrição estadual: _____

Inscrição municipal: _____ Telefone comercial: _____ E-mail: _____

Endereço da contratante (rua, avenida e etc.): _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ Cep: _____

Recibo

O corretor abaixo assinado declara que, por autorização da Unimed Guarulhos, recebeu do titular e/ou contratante desta proposta a importância informada no campo Massa populacional e discriminação dos valores, referente ao pagamento da primeira mensalidade e da taxa de inscrição do plano ora proposto, ficando 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, uma vez que a Unimed Guarulhos não possui equipe de cobrança em domicílio.

Nome da corretora: _____ Código da corretora: _____

Nome do corretor: _____ CPF do corretor: _____ Telefone do corretor: _____

----- Local e data ----- Assinatura do corretor -----

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



Guia de Leitura Contratual

Planos Pleno Enfermaria e Apartamento

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

Nº 70950

REGISTRO

Página do
Contrato

		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.	05
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.	05
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares. Pode ser coletiva ou individual.	05
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.	05
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.	07 / 09
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.	09 / 10
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.	



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.	01 / 02 e 10 / 11
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.	12 / 13
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	10
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	04 e 18
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.	03 e 14 / 15
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.	16 / 17

*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





Contrato de prestação de serviços médicos, segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia

1. DOS PLANOS CONTRATADOS SEM COPARTICIPAÇÃO

1.1. Os planos aqui relacionados serão regidos de acordo com suas respectivas Condições Gerais do Contrato de Prestação de Serviços Médicos de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares do Plano Coletivo Empresarial de Pequenas e Micro Empresas, cujos anexos são partes integrantes deste Instrumento de Comercialização de Planos de Saúde.

1.2. As condições gerais acima citadas foram registradas no 2º Registro de Títulos e Documentos de Guarulhos/SP, constando os seguintes números:

Plano	Nº Registro ANS	Nº Registro Cartório
Pleno Enfermaria	467.970/12-9	64095
Pleno Apartamento	467.969/12-5	64095
Pratic Ouro Empresarial Enf.	464.793/11-9	64095
Pratic Ouro Empresarial Apto.	464.795/11-5	64095
Regional Básico Enfermaria	472.429/14-1	64095
Regional Especial Apartamento	472.430/14-5	64095

2. DO TOTAL DA MASSA POPULACIONAL

2.1. A redução no equivalente a 25% (vinte e cinco) ou mais da massa inicial populacional, acarretará a rescisão por justo motivo, inclusive nos primeiros 12 meses iniciais.

3. DA MUDANÇA DE PLANO

3.1. Após decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de inclusão no Instrumento de Comercialização, o usuário poderá mudar para outro plano contratado, observando-se a tabela de preços deste novo plano.

3.2. Em caso de mudança para um plano mais oneroso, o usuário deverá cumprir as carências abaixo relacionadas relativas, se houver, aos novos serviços, nova acomodação ou novos prestadores:

a) 180 dias para todas as internações.

3.3. 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 de 180 (cento e oitenta) dias;

c) Independente do período estabelecido para mudança de plano, deverão ser observadas as carências definidas no item 3.2 aos novos serviços, nova acomodação ou novos prestadores que o usuário passará a ter direito.

3.4. Titulares e dependentes deverão possuir a mesma categoria de plano e acomodação, não havendo a possibilidade de planos distintos dentro do mesmo grupo familiar.

4. DAS CARÊNCIAS

a) - Inscrição dentro do prazo - inclusão realizada até 30 (trinta) dias da data da condição que permitiu o ingresso do beneficiário no contrato.

b) - Inscrição fora de prazo - inclusão realizada após 30 (trinta) dias da data da condição que permitiu o ingresso do beneficiário no contrato.

4.1. Períodos de carência para cada procedimento, são os dispostos na página seguinte e na Declaração de Saúde preenchida pelo usuário.

Descrição das carências		
Descrição	A - Inscrição dentro do prazo	B - Inscrição fora do prazo
A) Urgências e Emergências	24 horas	24 horas
B) Consultas Eletivas	15 dias	30 dias
C) Exames Básicos	15 dias	60 dias
D) Fisioterapias (por sessão)	60 dias	90 dias
E) Exames Especiais	90 dias	120 dias
F) Procedimentos Ambulatoriais Básicos	90 dias	120 dias



G) Procedimentos Ambulatoriais Especiais	120 dias	180 dias
H) Terapias (por sessão)	120 dias	180 dias
I) Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias	180 dias
J) Internações Psiquiátricas, inclusive em decorrência de dependência química	180 dias	180 dias
K) Parto a Termo	300 dias	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	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.

4.2. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes inscritos neste Instrumento de Comercialização, não será exigido o cumprimento de períodos de carências, desde que cumpra os critérios de inscrição dentro do prazo citados na letra "a" do item 4, porém se a inclusão ocorrer fora do prazo, citado na letra "b" do item 4, deverão ser observadas as carências integrais constantes na tabela acima.

5. DA COPARTICIPAÇÃO

5.1. Os percentuais de coparticipação para todos os tipos de plano, quando ocorrerem os eventos, são os abaixo dispostos:

Valores e percentuais de coparticipação por categoria de plano						
Planos	Consultas	Exames básicos	Exames especiais	Procedimentos ambulatoriais básicos e especiais	Internações	Internações psiquiátricas
Pleno Enfermaria	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento	50% do valor da internação
Pleno Apartamento	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento	
Pratic Ouro Empresarial Enf.	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento	
Pratic Ouro Empresarial Apto.	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento	
Regional Básico Enfermaria	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento	
Regional Especial Apartamento	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento	

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

Obs.: A coparticipação para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 36 (trinta e seis) meses de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 12 (doze) meses de contrato, não cumulativos.



6. PREÇO

6.1. Fica estipulado entre as partes contratantes, que os preços dos usuários ativos e inativos, serão faturados por faixa etária, conforme tabela de preço disponibilizada como anexo.

6.2. Considerando que a(s) CONTRATANTE(S) manterá (ão) os seus usuários inativos nos mesmos produtos da sua massa de ativos, fica estabelecido que, ao optar pelo plano de inativos, a mensalidade deste usuário deixará de ser cobrada da empresa CONTRATANTE, e passará a ser cobrada diretamente do usuário titular, inclusive o valor correspondente ao seu grupo familiar, de acordo com o valor correspondente à respectiva faixa etária e categoria de plano.

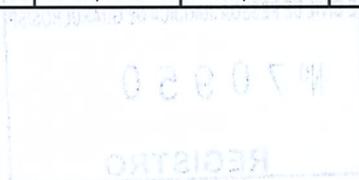
6.3. Em vista da manutenção dos ex-empregados nos mesmos produtos em que se encontravam quando dos respectivos desligamentos da CONTRATANTE, fica estabelecido que a sinistralidade da massa de ativos e de inativos serão apuradas em conjunto, sendo aplicado um percentual único de reajuste nos preços dos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE, de acordo com as regras estabelecidas no contrato.

7. DAS FAIXAS ETÁRIAS

7.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, ou no mesmo mês se o aniversário ocorrer antes ou na data do vencimento da mensalidade.

7.2. As faixas etárias e os percentuais de variação para fins deste contrato são:

Faixas etárias	Pleno Enfermaria	Pleno Apartamento	Pratic Ouro Empresarial Enf.	Pratic Ouro Empresarial Apto.	Regional Básico Enfermaria	Regional Especial Apartamento
1ª faixa (até 18 anos)	Sem variação	Sem variação	Sem variação	Sem variação	Sem variação	Sem variação
Da 1ª para 2ª faixa (19 a 23 anos)	27,98%	28,00%	27,99%	28,02%	28,00%	28,01%
Da 2ª para 3ª faixa (24 a 28 anos)	6,24%	6,24%	6,20%	6,20%	6,20%	6,21%
Da 3ª para 4ª faixa (29 a 33 anos)	2,95%	2,93%	2,91%	2,93%	2,90%	2,92%
Da 4ª para 5ª faixa (34 a 38 anos)	9,30%	9,29%	9,20%	9,19%	9,19%	9,20%
Da 5ª para 6ª faixa (39 a 43 anos)	14,39%	14,40%	13,86%	14,01%	14,00%	14,00%



Da 6ª para 7ª faixa (44 a 48 anos)	39,99%	39,99%	40,55%	39,98%	40,38%	39,99%
Da 7ª para 8ª faixa (49 a 53 anos)	33,87%	33,88%	33,54%	33,90%	33,54%	33,90%
Da 8ª para 9ª faixa (54 a 58 anos)	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%
Da 9ª para 10ª faixa (59 anos ou mais)	63,03%	63,03%	62,99%	62,26%	63,00%	62,26%

7.3. As variações percentuais entre as faixas etárias não poderão ultrapassar as estabelecidas acima.

7.4. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual.

8. DOS REAJUSTES

8.1. Para aplicação do reajuste financeiro (por correção monetária), fica estipulado o que os valores das mensalidades serão reajustados na periodicidade anual, pela variação do IPCA - Planos de Saúde, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

8.2. Para apuração e aplicação do reajuste técnico (por sinistralidade) nos produtos de pré-pagamento, fica estabelecido o limite de 75% (setenta e cinco por cento) de utilização em relação à receita.

8.3. Em vista da manutenção dos ex-empregados nos mesmos produtos em que se encontravam quando dos respectivos desligamentos da CONTRATANTE, fica estabelecido que a sinistralidade da massa de ativos e de inativos serão apuradas em conjunto, sendo aplicado um percentual único de reajuste nos preços dos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE, de acordo com as regras estabelecidas no presente Instrumento de Comercialização.

8.4. Nos termos da Lei, o primeiro reajuste das mensalidades e inscrições ocorrerá no primeiro aniversário da vigência do contrato, sendo os demais a cada 12 meses, contados do último reajustamento, tomando-se sempre por base a correção do IPCA - IBGE, bem como o percentual de reajuste técnico apurado, conforme periodicidade e fórmulas abaixo:

a) Fórmula: Será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = \text{máximo} \left(\frac{SiA}{SiR} - 1; 0 \right)$$

Onde:

SiA = Sinistralidade observada do contrato;

SiR = Sinistralidade requerida.

b) Compõem a sinistralidade, as despesas médicas e/ou hospitalares com:

- honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- diárias e taxas hospitalares;
- materiais, e;
- medicamentos.

8.5. Considerando o disposto na Resolução Normativa - RN nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no(s) produto(s) contratado(s), caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização ou nas respectivas datas de aniversário a massa populacional inscrita seja inferior a 30 (trinta) usuários, a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, participantes da carteira de beneficiários da CONTRATADA, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:

8.5.1. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

8.5.2. O cálculo do reajuste mencionado no item 8.5, apurará as "receitas" e "despesas" de todos os contratos constantes no agrupamento da CONTRATADA, levará em consideração a seguinte fórmula:

Reajuste = Reajuste Técnico + Reajuste Financeiro

Reajuste Técnico = Sinistralidade Apurada / Sinistralidade Meta - 1

Reajuste Financeiro = IGP-M

8.5.3. Para apuração do reajuste a ser aplicado nos contratos constante do agrupamento, será considerado o limite técnico de 75% e adotado o IGP-M, ou outro índice que vier a substituí-lo, para o cálculo do reajuste financeiro.

8.5.4. Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento da CONTRATADA, porém o período de apuração será único - janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste.

8.5.5. Enquanto a CONTRATANTE fizer parte do agrupamento de contratos da CONTRATADA mencionado no item 8.5 acima, prevalecerão apenas as regras contidas nos itens 8.5.1 à 8.5.4 acima.

8.5.6. Alterando o contrato para trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo deixará de compor o agrupamento mencionado no item 8.5 acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste previsto nos itens 8.1 à 8.4 acima.

8.6. Os valores previstos neste artigo também poderão ser ajustados se ocorrer alterações legais que acarretem a criação de novos tributos ou contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, aplicando-se este ajuste proporcionalmente à efetiva incidência no período contratual.

9. DO VENCIMENTO E DAS REGRAS COMPLEMENTARES PARA FATURAMENTO

9.1. O contrato terá como opção de vencimento o dia 10, 20 e 30 de cada mês, porém a data de vencimento dependerá da data de admissão



constante no Instrumento de Comercialização.

9.2. Os boletos decorrentes dos usuários inativos terão como data de vencimento o dia 1º (primeiro) de cada mês.

9.3. Em hipótese alguma, as faturas poderão ser pagas após a data do respectivo vencimento, sendo certo que eventuais contestações e/ou acertos somente deverão ser discutidos posteriormente.

9.4. As faturas deverão ser pagas através de boleto bancário, exceto em caso de prévia autorização da CONTRATADA.

10. DA SUSPENSÃO

10.1. O atraso superior a 30 (trinta) dias nos pagamentos dos valores devido pelo CONTRATANTE implicará sempre, após a ciência da CONTRATANTE, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA de denunciar este INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO.

11. RESCISÃO POR INADIMPLÊNCIA

11.1. O atraso no pagamento de quaisquer valores por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência deste instrumento, implicará na rescisão automática deste instrumento de comercialização.

12. DA TAXA DE INSCRIÇÃO E VIAS ADICIONAIS DE CARTÃO

12.1. O valor referente à taxa de inscrição será de R\$ 6,50 (seis reais e cinquenta centavos) por vida, sendo que será reajustado juntamente com as mensalidades.

12.2. O valor referente à via adicional do cartão de identificação será de R\$5,00 (cinco reais) por vida, sendo que será reajustado juntamente com as mensalidades.

13. MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

O procedimento de movimentação cadastral, o qual assim engloba as alterações e inclusões feitas durante a vigência do contrato, deverão seguir o calendário de fechamento anual, enviado anexo ao boleto, no início da vigência deste contrato e no final de cada ano. As exclusões serão processadas a partir do momento da ciência da CONTRATADA por parte da CONTRATANTE, salvo disposições da RN 412/2017 da ANS para solicitações realizadas pelo próprio beneficiário.

14. DO FORO DE ELEIÇÃO

14.1. Fica eleito o foro do domicílio da(s) CONTRATANTE(S) para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e valor.



A - Plano Pleno Enfermaria	
Número de registro do produto na ANS	467.970/12-9
Nome comercial	Pleno Enfermaria
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Área de abrangência	Grupo de Municípios
Área de atuação	Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel
Padrão de acomodação em internação	Coletiva (Enfermaria)
Formação do preço	Pré Estabelecido
Elegibilidade:	
a) Titulares Ativos: empregados com vínculo ativo, inclusive os temporários, sócios, administradores, demitidos ou aposentados que tiveram vínculo empregatício com a CONTRATANTE, estagiários e menores aprendizes.	
b) Dependentes dos titulares ativos: as pessoas com grau de parentesco com o Titular, que estão previstas no rol constante do artigo 6º das Condições Gerais do Produto.	
c) Titulares inativos e seu grupo familiar, de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.	
Contributividade: De acordo com o disposto na Resolução Normativa - RN nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica estabelecido que, quando da exclusão de qualquer usuário, a CONTRATANTE respectiva deverá informar se tal usuário contribuiu para o plano de saúde enquanto vigente o seu contrato de trabalho, assim como deverá observar as demais exigências contidas no produto a que estava vinculado com relação ao oferecimento do plano de inativos.	

B - Plano Pleno Apartamento	
Número de registro do produto na ANS	467.969/12-5
Nome comercial	Pleno Apartamento
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Área de abrangência	Grupo de Municípios
Área de atuação	Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel.
Padrão de acomodação em internação	Individual (Apartamento)
Formação do preço	Pré Estabelecido
Elegibilidade:	
a) Titulares Ativos: empregados com vínculo ativo, inclusive os temporários, sócios, administradores, demitidos ou aposentados que tiveram vínculo empregatício com a CONTRATANTE, estagiários e menores aprendizes.	
b) Dependentes dos titulares ativos: as pessoas com grau de parentesco com o Titular, que estão previstas no rol constante do artigo 6º das Condições Gerais do Produto.	
c) Titulares inativos e seu grupo familiar, de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.	
Contributividade: De acordo com o disposto na Resolução Normativa - RN nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica estabelecido que, quando da exclusão de qualquer usuário, a CONTRATANTE respectiva deverá informar se tal usuário contribuiu para o plano de saúde enquanto vigente o seu contrato de trabalho, assim como deverá observar as demais exigências contidas no produto a que estava vinculado com relação ao oferecimento do plano de inativos.	

CONDIÇÕES GERAIS

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 ou contratada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, VISANDO EXCLUSIVAMENTE A 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 nº 10.406), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), 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, o instrumento de comercialização, declaração de saúde e demais documentos firmados pelas partes.

TÍTULO II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6. A CONTRATANTE deverá obrigatoriamente atender as condições de admissão abaixo especificadas:

- a) Apresentar à CONTRATADA os documentos que comprovem que a empresa foi constituída há, no mínimo 6 (seis) meses (certificado de microempreendedor individual, Requerimento de Empresário Individual, ou outros documentos que confirmem sua inscrição em órgãos competentes), bem como sua regularidade junto à Receita Federal no momento da contratação, e sempre que solicitado pela CONTRATADA;
- b) Relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do artigo 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;
- c) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:
 - c.1) Instrumento de Comercialização e Condições Gerais do Produto;
 - c.2) Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e aos seus dependentes eventualmente inscritos, cujo preenchimento será obrigatório quando o número de beneficiários inscritos for inferior a 30 (trinta), ou caso o beneficiário solicite sua inclusão no plano após o prazo de 30 (trinta) dias da celebração do contrato, ou depois de transcorrido 30 (trinta) dias da sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE;
 - c.3) A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados, e cópia dos respectivos documentos que comprovem as informações enviadas e exigidas pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 7. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde coletivo empresarial, as pessoas físicas vinculadas a pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutário com a CONTRATANTE, inclusive os temporários; Sócio ou administrador da CONTRATANTE; Demitidos e aposentados que tiveram vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE; Agentes políticos; Estagiários e menores aprendizes.

Parágrafo único. No instrumento de comercialização serão definidas quais pessoas figurarão como usuários titulares, observada a relação deste artigo.

Art. 8. 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.

§1º. Se houver disposição específica no instrumento de comercialização, 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.

§2º. O ingresso do grupo familiar e sua permanência no plano, dependerá da participação do usuário titular no contrato, observadas as exceções da contratação coletiva empresarial quando se tratar de demitidos e aposentados com direito ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§3º. Não será permitida a inclusão de grupo familiar do titular que esteja na condição de ex-empregado da CONTRATANTE, em gozo do benefício dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, exceto a inscrição de novo cônjuge e filhos.

Art. 9. 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.

Art. 10. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados, e cópia dos respectivos documentos que comprovem as informações enviadas e exigidas 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 beneficiário legível e o nome da sua mãe; cópia do CPF do beneficiário titular e seus dependentes, comprovante de endereço residencial com CEP (comprovante deverá obrigatoriamente conter o nome do beneficiário titular), 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.

§1º. A CONTRATANTE também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste plano, e de que maneira, de forma a garantir ao usuário titular que contribuir mensalmente para seu plano, os benefícios de que tratam os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§2º. Qualquer alteração na condição de contribuinte do plano, ou não, deverá ser comunicada à CONTRATADA.

Art. 11. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre a CONTRATANTE e o usuário titular, e de relação entre este e os usuários eventualmente indicados como seus dependentes, podendo ser solicitada comprovação (documento elegibilidade) a qualquer tempo, inclusive reserva-se o direito de solicitar os documentos que comprovem a regularidade cadastral da empresa CONTRATANTE junto à Receita Federal e aos demais órgãos competentes.

Art. 12. A CONTRATANTE se obriga a comunicar, por escrito, conforme datas limites previstas no instrumento de comercialização, as inclusões e alterações de usuários para os efeitos deste plano, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema da CONTRATADA. As exclusões de usuários deverão seguir as regras deste contrato quando o motivo de exclusão for diverso da vontade do beneficiário titular, nas hipóteses em que a exclusão for motivada pela vontade do beneficiário do titular a mesma deverá obrigatoriamente seguir as regras estabelecidas na RN nº 412 da ANS.

Art. 13. É vedada a inclusão de beneficiários anteriormente excluídos do plano sem cumprimento do período de 180 (cento e oitenta) dias de carência para quaisquer coberturas exceto os casos caracterizados como urgência e emergência, que, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição, terão as coberturas definidas neste instrumento.

Parágrafo único - Nas hipóteses em que o beneficiário titular solicitar o cancelamento/exclusão do plano, conforme as regras estabelecidas na resolução normativa RN 412 da ANS, durante a vigência do contrato, e após a exclusão seja solicitada a inclusão deste beneficiário a empresa CONTRATANTE fica ciente de que o mesmo deverá cumprir todas as carências contratuais, e eventuais Cobertura Parcial Temporária - CPT, mesmo as que ele já cumpriu, conforme determinado na normativa ora referenciada.

TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 14. 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, - observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, - realizados exclusivamente pelos recursos próprios ou contratados para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º Caso haja indicação clínica, terá cobertura a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos previstos neste contrato. 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.

§3º É garantida a cobertura dos procedimentos listados no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não podendo ser exigida a realização do serviço em determinado prestador que esteja indisponível, sendo facultado à CONTRATADA o direcionamento do atendimento ao serviço que atenda a necessidade do beneficiário, desde que coberto pelo contrato.

Art. 15. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, 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. 16. 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.

Seção I - Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 17. A Segmentação Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, 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 ou contratados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, 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 assistente devidamente habilitado, 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 do médico e 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;

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.

Art. 18. 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 II - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 19. 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, reconhecidas 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 pertencentes à rede de prestadores do plano, 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 conforme descrito no Rol de Procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica;

c) radioterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.



Art. 20. 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 - a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imprescindível imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; não estão cobertos, entretanto, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais;

III - 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;
- IV - 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. 21. 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. 22. 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 maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- IV - transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).



§2º As internações decorrentes de transtorno psiquiátrico estão sujeitas à coparticipação do usuário conforme definido no instrumento de comercialização. 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 Fica ressalvado que 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.

Art. 23. Ocasionalmente, havendo indisponibilidade do tipo de leito hospitalar previsto neste contrato, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, desde que nos estabelecimentos próprios ou contratados por meio deste plano.

Art.24. É garantida a cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, observadas as condições contratadas.

Seção III - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

Art. 25. 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.

TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 26. 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; ou ainda aqueles cuja eficácia e/ou efetividade



tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

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 contratação de acomodação coletiva (enfermaria): 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, observadas as condições próprias do estabelecimento hospitalar;

IX - para contratação de individual (apartamento): despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de um acompanhante;

X - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XI - cirurgias para mudança de sexo;

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

XIII - 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;

XIV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XV - 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;

XVI - enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;

XVII - cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

XVIII - procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

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

XX - aplicação de vacinas;

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

XXII - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXIII - remoção domiciliar;

XXIV - 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;

XXV - 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;

XXVI - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

XXVII - procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.

Art. 27. 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. 28. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, cuja contagem se iniciará na data definida no instrumento de comercialização, desde que até aquela oportunidade não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA.

Parágrafo único. A manutenção da vigência contratual dependerá da apresentação pela CONTRATANTE da sua regularidade cadastral junto à Receita Federal ou outro órgão competente.

Art. 29. Não havendo pendências conforme supramencionado, e salvo manifestação em contrário das partes, com antecedência mínima de sessenta 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. 30. Os usuários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.

§1º 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.

§2º Quando prevista a inscrição de dependentes, os períodos de carência terão início na data de inclusão destes no plano.

Art. 31. Os períodos máximos de carência são:

- I - trezentos dias para partos a termo;
- II - cento e oitenta dias para os demais casos;
- III - vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Poderá haver redução dos períodos de carência mediante acordo das partes, bem como a definição de procedimentos específicos e seus respectivos prazos de carência que constarão do instrumento de comercialização.

Art. 32. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigido o cumprimento de períodos de carências, desde que o usuário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no caput constará do instrumento de comercialização.



Art. 33. A CONTRATANTE recebe neste ato arquivo com a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (bem como as Diretrizes de Utilização, as Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização), onde consta a indicação dos procedimentos que correspondem à cobertura do plano contratado, ressalvadas as exclusões deste instrumento, sendo certo que qualquer inclusão de novos procedimentos na cobertura poderá implicar cumprimento de período de 180 (cento e oitenta) dias de carência, observado o disposto no artigo anterior, além de composição financeira.

TÍTULO VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. 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. 35. 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. 36. 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. 37. 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. 38. 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. 39. 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.

§3º Não haverá negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Art. 40. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigida Cláusula de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente, desde que o usuário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no caput, ou ainda a dispensa de exigência de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, constará do instrumento de comercialização.

TÍTULO VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 41. 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. 42. Quando o atendimento de emergência ou de urgência 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.

Art. 43. 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 urgência decorrentes de acidente pessoal.



Art. 44. 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.

Seção I – Da Remoção

Art. 45. 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.

Seção II – Do Reembolso

Art. 46. 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. 47. 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, pela 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 – IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 48. 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. 49. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 50. 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. 51. 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 e contratados referentes 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 ou contratada do plano.

§2º Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela CONTRATADA, por meio da rede própria ou contratada constante no Guia.

§3º 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 ou contratada da operadora.

§4º O usuário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico de substituição dos prestadores da rede disponibilizada ao plano contratado. As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da CONTRATADA, pelo serviço de tele atendimento ou pela Internet.



Art. 52. 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. 53. Caso o beneficiário tenha dificuldade de acesso a alguma cobertura prevista neste plano, deverá entrar em contato com a CONTRATADA pelo seu serviço de tele atendimento, que o direcionará ao prestador que executará o procedimento.

Art. 54. 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 CONTRATADA.

Art. 55. 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. 56. 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. 57. 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. 58. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 59. 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. 60. 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 CONTRATADA 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. 61. A CONTRATADA poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, 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. 62. 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. 63. A CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no instrumento de comercialização, 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 CONTRATADA, após a realização de procedimento.

TÍTULO X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 64. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Parágrafo único. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, que estejam nas mesmas condições.

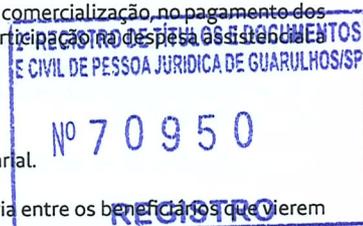
Art. 65. A CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por usuário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades, conforme disposto no instrumento de comercialização.

Parágrafo único. 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, e, caso seja adotado preço único, no instrumento de comercialização constará o critério adotado para a sua determinação e a participação da CONTRATANTE, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

Art. 66. A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 67. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusões ou de exclusões de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 68. 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 - IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), 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. 69. 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. 70. Se a CONTRATANTE não receber documento que a 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.

Seção Única - Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98)

Art. 71. Caso seja caracterizada a contribuição pelo empregado, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, desde que haja formalização em termo próprio, o ex-empregado (demitido ou exonerado sem justa causa; ou aposentado) permanecerá vinculado à contratação coletiva, observado o disposto neste instrumento.

Art. 72. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, caso assim se obriguem, deverão pagar à CONTRATADA, por si e seus dependentes, as mensalidades fixadas para o plano coletivo, os valores atribuídos à coparticipação e as despesas eventuais, tais como segunda via de cartão de identificação.

§1º 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, cujo vencimento constará do termo de adesão ao benefício.

§2º A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 73. Ocorrendo imp pontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IIPCA - IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), 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 atendimento e exclusão dos usuários inadimplentes.

Art. 74. 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. 75. Se o usuário 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. 76. 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, e seus limites, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, 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. 77. Nos termos da lei, o valor das mensalidades, coparticipação e inscrições será reajustado anualmente, conforme indexador definido no instrumento de comercialização.

§1º Caso a legislação autorize o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

§2º Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de reajustamento do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art. 78. De forma complementar, além da atualização prevista acima, o cálculo atuarial poderá ser revisado anualmente, visando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, se houver utilização comprovada acima da média prevista ou aumento dos custos e dos limites que compõem a assistência médica e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos, alteração do grau de risco da CONTRATANTE.

§1º Os parâmetros da revisão técnica serão definidos no instrumento de comercialização.

§2º Fica estipulado entre as partes contratantes que também serão computados para o cálculo da sinistralidade, todos os custos suportados pela CONTRATADA no período de apuração, inclusive os decorrentes de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinado por decisão proferida em processo administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme normas aplicáveis à espécie.

Art. 79. Em caso de não aplicação do reajuste no mês de sua incidência, por motivo de negociação entre as partes, será emitida fatura complementar relativa ao reajustamento retroativo.

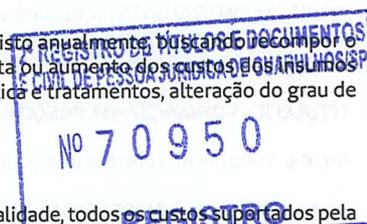
Art. 80. Os reajustes e revisões das mensalidades deste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme determinado pela regulamentação em vigor.

Art. 81. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à CONTRATADA as mensalidades do plano, estarão sujeitos aos reajustes e revisões definidos para o contrato coletivo, conforme descrito neste instrumento e eventual negociação da CONTRATANTE.

Parágrafo único. No caso de a CONTRATADA disponibilizar planos exclusivos para ex-empregados, a carteira destes planos deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste, cujos percentuais serão divulgados no Portal Corporativo da CONTRATADA na Internet em até trinta dias após a sua aplicação.

Sessão Única - Agrupamento Para Diluição do Risco

Art. 82. Na hipótese de esta contratação não contar com pelo menos trinta beneficiários deverá ser agrupada para fins de cálculo e aplicação de reajuste unificado, de modo que haja distribuição do risco inerente à operação por todos os contratos pertencentes ao grupo quando da



revisão técnica.

Art. 83. A quantidade de beneficiários estabelecida para definir se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e reavaliada anualmente, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

§1º Quando a contratação superar a quantidade mínima de beneficiários, o contrato será desagregado do agrupamento, passando o reajuste a ser regido individualmente pelas disposições contratuais específicas.

§2º Para fins da apuração do número de usuários será considerada a soma de todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que inscritos em planos privados de assistência à saúde diferentes, bem como, na hipótese de mais de uma CONTRATANTE integrar a contratação no mesmo instrumento jurídico, a soma de todos os inscritos por todas elas.

Art. 84. O período de cálculo do reajuste único, seja pelo índice de preços, seja pela recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, será comum a todos os contratos incluídos no agrupamento.

Art. 85. Os parâmetros de reajuste e revisão técnica dos contratos incluídos no agrupamento para diluição de risco estarão definidos no instrumento de comercialização.

Art. 86. Respeitada a respectiva data base de cada contratação, o percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no período compreendido entre o mês de maio de um ano e o mês de abril do ano seguinte.

Art. 87. A CONTRATADA deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Art. 88. É facultado à CONTRATADA, a título de aditamento pré-consentido, alterar o período de apuração do reajuste, bem como desmembrar o agrupamento por tipo de segmentação assistencial, observadas as normas editadas pela ANS.

TÍTULO XII – FAIXAS ETÁRIAS (10 FAIXAS)

Art. 89. 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. 90. 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. 91. 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 no instrumento de comercialização.

§1º Os percentuais definidos 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 são fixados observando que o valor da 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 As variações por mudança de faixa etária não poderão apresentar percentuais negativos.

Art. 92. Os usuários acima 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 – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 93. No caso de a CONTRATADA disponibilizar planos exclusivos para ex-empregados, o instrumento de comercialização/Proposta de Adesão deverá dispor se haverá a manutenção em um mesmo plano contratado para os empregados ativos e também para os empregados com vínculo inativo (aposentados, exonerados ou demitidos sem justa causa, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656), ou se a contratação será em planos separados.

§1º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, é obrigatório que a empresa empregadora firme os contratos com uma única operadora, e no caso de encerramento ou cancelamento de uma modalidade de vínculo empregatício (ativo ou inativo), a outra também deverá ser encerrada ou cancelada.

§2º Existindo mais de uma operadora contratada, os demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados deverão permanecer vinculados à contratação da operadora em que anteriormente estavam inscritos quando da vigência da relação de emprego, bem como seu eventual grupo familiar.



Art. 94. Os beneficiários terão ciência dos valores distribuídos em faixa etária, ainda que a CONTRATANTE tenha negociado preço único para os empregados ativos, cujo critério para a sua determinação constará do instrumento de comercialização/Proposta de Adesão, bem como as condições de seu financiamento.

Parágrafo único. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações estarão disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

Seção I – Do Demitido

Art. 95. Nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, ao usuário titular que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão

§2º O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Seção II – Do Aposentado

Art. 96. Conforme disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, ao usuário titular aposentado que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

§2º Na hipótese de contribuição pelo então empregado por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Art. 97. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, quando do seu desligamento, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar da CONTRATANTE.

Parágrafo único. A permanência do vínculo de que trata o caput é garantida aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656.

Seção III – Das condições comuns aos demitidos e aposentados

Art. 98. O ex-empregado (exonerado, demitido ou aposentado) deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação inequívoca da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§1º Caberá à CONTRATANTE esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo.

§2º O direito de permanência assegurado ao usuário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 99. A manutenção da condição de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, contudo, não há obrigatoriedade de manutenção de todos os então inscritos, podendo ser mantido o vínculo tão somente pelo ex-empregado, individualmente, e por parte do seu grupo familiar.

Parágrafo único. É facultada a inclusão tão somente de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário, sujeitando-se a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência definidos no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

Art. 100. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência, observado o prazo do benefício, é assegurado aos dependentes então inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e nos termos do disposto neste contrato.

Art. 101. No caso de rescisão do presente contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, a CONTRATANTE deverá garantir a inscrição dos beneficiários demitidos e aposentados no novo plano, de modo a manter a continuidade do direito em fruição.

Art. 102. A CONTRATADA poderá exigir da CONTRATANTE prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

§1º O usuário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao contrato coletivo, e, por consequência, seus dependentes também não terão esse direito, ainda que tenha ocorrido contribuição para o plano de saúde, mas cujos valores sejam relacionados exclusivamente ao grupo familiar do empregado.

§2º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição a coparticipação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.



Art. 103. Caso de outra maneira não seja acordada, a CONTRATADA efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos usuários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

Art. 104. A CONTRATANTE deverá enviar a relação dos usuários que passarão à condição de ex-empregados (e respectivos dependentes vinculados), contendo o prazo de permanência no benefício. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio - disponibilizado pela CONTRATADA - firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade, além da prova do tempo de contribuição para o plano de assistência à saúde.

Art. 105. A condição de beneficiário assegurada nos dispositivos acima deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos acima;
- b) quando da admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo;
- c) pelo cancelamento pela CONTRATANTE do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos ou aos ex-empregados;
- d) pela exclusão dos beneficiários por inadimplência ou fraude.

Art. 106. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 186, e suas posteriores alterações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção IV - Do Plano Individual/Familiar

Art. 107. As despesas incorridas com beneficiário internado ou em atendimento domiciliar, excluído do plano, voluntária ou compulsoriamente, serão de responsabilidade da CONTRATANTE. A responsabilidade definida no caput deste parágrafo único subsistirá mesmo nas hipóteses dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§1º Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os usuários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.

§2º O valor da mensalidade corresponderá ao preço de comercialização vigente na data da contratação do plano individual/familiar.

TÍTULO XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 108. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão dos usuários, salvo direito do beneficiário solicitar diretamente a CONTRATADA se descumprido pela CONTRATANTE o prazo previsto na RN 412/2017 da ANS.

Parágrafo único. As despesas incorridas com beneficiário internado ou em atendimento domiciliar, excluído do plano, voluntária ou compulsoriamente, serão de responsabilidade da CONTRATANTE. A responsabilidade definida no caput deste parágrafo único subsistirá mesmo nas hipóteses dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

Art. 109. Em observância ao direito do empregado aposentado, ou demitido (ou exonerado) sem justa causa, que contribuir para o plano, de permanecer vinculado à contratação coletiva, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, a CONTRATADA somente acatará a solicitação de exclusão de usuário titular:

- a) que estiver acompanhada de declaração da CONTRATANTE de que o empregado não contribuiu para seu plano de saúde, não sendo, portanto, elegível ao benefício; ou que a demissão se deu por justo motivo; ou
- b) mediante manifestação do ex-empregado de que não deseja exercer o seu direito; ou
- c) depois de decorridos trinta dias da comprovada comunicação que a CONTRATANTE tenha feito ao seu empregado (demitido sem justa causa ou aposentado) informando-o sobre seu direito, sem que houvesse manifestação de interesse em exercê-lo.

Art. 110. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, e ressalvado o benefício disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, a exclusão do usuário titular ocorrerá com a entrega de seus respectivos dependentes.

Art. 111. 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 CONTRATADA 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 inclui-se a má-fé e a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 112. É obrigação da CONTRATANTE recolher os cartões individuais de identificação dos usuários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela CONTRATADA, e encaminhá-los à sede da CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos ônus 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 reembolso das despesas e 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 XV – RESCISÃO

Art. 113. O atraso superior a 30 (trinta) dias nos pagamentos dos valores devido pelo CONTRATANTE implicará sempre, após a ciência da CONTRATANTE, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito. Independente da suspensão dos serviços, fica facultado à CONTRATADA a rescisão do contrato no caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, e requerer judicialmente a quitação do débito com as suas consequências moratórias.

Art. 114. Rescinde-se também este contrato, ocorrendo:

- I - qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- II - redução da massa total negociada no percentual definido no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.
- III - utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- IV - omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- V - descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A CONTRATANTE evitará a rescisão do contrato caso exclua o autor do ilícito, bem como do respectivo grupo familiar a que ele estiver vinculado.

Art. 115. Constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE, conforme descrito no Título II – Condições de Admissão, será ofertado o prazo de 60 (sessenta) dias para a CONTRATANTE comprovar a regularização junto à Receita Federal, ou órgão competente, caso o mesmo não ocorra o contrato será rescindido de pleno direito.

Art. 116. Na hipótese de a CONTRATANTE denunciar o contrato durante o período da vigência inicial, esta se obriga a pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo, que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressaltando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil (Lei nº 10.406).

§1º Estando vigente por prazo indeterminado, o contrato poderá ser denunciado imotivadamente por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica a subsistência das obrigações assumidas.

§3º Durante o prazo de denúncia previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários, salvo nas hipóteses da RN nº 412 da ANS.

Art. 117. 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. 118. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste 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, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Art. 119. Somente será realizada a exclusão do plano diretamente pelo usuário titular empregado se comprovado pelo solicitante que foi comunicado a CONTRATANTE e esta não cientificou a CONTRATADA no prazo de 30 (trinta) dias.

Seção Única – Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98)

Art. 120. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à CONTRATADA as mensalidades, estarão sujeitos às disposições deste instrumento.

Art. 121. O atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará, sempre, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a CONTRATADA excluir os inadimplentes do contato e pleitear judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

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

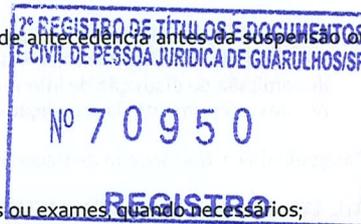
Art. 122. Será excluído deste contrato o grupo familiar cujo integrante tenha:

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

Art. 123. O usuário titular poderá solicitar sua exclusão do plano, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência. A falta de comunicação implica a subsistência das obrigações assumidas.

Art. 124. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do usuário.

Art. 125. É obrigação do usuário titular, 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, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.



TÍTULO XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 126. Integram a presente contratação a declaração de saúde, a Tabela Referencial, o guia do beneficiário, guia de leitura contratual, as disposições de propostas ou termos de adesão/admissão, instrumento de comercialização ou qualquer outro documento que disponha sobre os direitos dos usuários.

Art. 127. 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. 128. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

Art. 129. 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 atendimento a usuário excluído do plano, ou ainda, em fraude; obrigando-se a CONTRATANTE a reembolsar à CONTRATADA quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 130. A 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. 131. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue aos usuários, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

Art. 132. A CONTRATADA poderá valer-se da inserção de mensagens no documento de cobrança das contraprestações como meio de veiculação de seus comunicados.

Art. 133. 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. 134. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE.

Art. 135. A CONTRATANTE, por si e por seus usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como 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, e 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.

Parágrafo único. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico, e 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. 136. 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. 137. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus usuários, 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. 138. 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.

Seção Única – Das Definições

Art. 139. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- I – CONTRATANTE: é a pessoa jurídica 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 dos 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 dependentes.

Art. 140. 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 nº3.432, 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 - CONTRAPRESTAÇÃO: valor pago à CONTRATADA em contrapartida às obrigações assumidas, podendo ser fixo e mensal (mensalidade) ou ainda em razão da utilização específica da cobertura.

XII - CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

XIII - CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: é aquela 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, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, e respectivos grupos familiares.

XIV - CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO: é aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantém 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.

XV - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XVI - COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.

XVII - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujos valores são aferidos por meio de tabelas pré-definidas ou correspondentes àqueles cobrados pelos prestadores de serviço, podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.

XVIII - 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 CONTRATADA não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.

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

XX - 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.

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

XXII - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

XXIV - 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) monitorização ambulatorial de pressão arterial; k) fisioterapia; l) radiologia com contraste; m) videolaringoscopia computadorizada; n) videolaparoscopia diagnóstica; o) eletromiografia; p) eletroneurografia. São considerados PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS: a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD (Diálise Peritoneal 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.

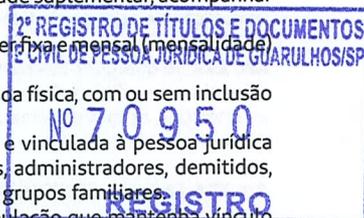
XXV - EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o usuário seja portador antes da contratação.

XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXVII - 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.

XXVIII - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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



Nacional UNIMED.

XXX – MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas e coparticipação pecuniária previstas no contrato.

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

XXXII – PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXIII – PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo(a) CONTRATANTE; produto.

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

XXXV – 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.

XXXVI – 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.

XXXVII – 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).

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

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

XL – 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).

XLI – 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.

XLII – 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.

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

XLIV – NÚCLEO SAÚDE DA FAMÍLIA: recurso próprio da UNIMED, onde se realizará as consultas com profissionais da saúde, porta de entrada para acesso aos serviços contratados que através de profissionais médicos avalia e gerencia o encaminhamento do beneficiário para realização de consultas, procedimentos / exames e internações.



Guia de Leitura Contratual

Planos Pratic Ouro Empresarial Enf. e Apto.
Planos Regional Básico Enfermaria e Apartamento



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.	25 / 26
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.	25 / 26
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares. Pode ser coletiva ou individual.	25 / 26
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.	25 / 26
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.	28 / 30
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.	30 / 31
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.	31 / 32



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.	01 / 02 e 31
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.	33 / 39
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	31
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	04 e 38 / 39
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.	03 e 35
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.	36 / 37

*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





C - Plano Pratic Ouro Empresarial Enf.	
Número de registro do produto na ANS	464.793/11-9
Nome comercial	Pratic Ouro Empresarial Enf.
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Área de abrangência	Grupo de Municípios
Área de atuação	Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel
Padrão de acomodação em internação	Coletiva (Enfermaria)
Formação do preço	Pré Estabelecido
Elegibilidade:	
a) Titulares Ativos: empregados com vínculo ativo, inclusive os temporários, sócios, administradores, demitidos ou aposentados que tiveram vínculo empregatício com a CONTRATANTE, estagiários e menores aprendizes.	
b) Dependentes dos titulares ativos: as pessoas com grau de parentesco com o Titular, que estão previstas no rol constante do artigo 6º das Condições Gerais do Produto.	
c) Titulares inativos e seu grupo familiar, de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.	
Contributividade: De acordo com o disposto na Resolução Normativa - RN nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica estabelecido que, quando da exclusão de qualquer usuário, a CONTRATANTE respectiva deverá informar se tal usuário contribuiu para o plano de saúde enquanto vigente o seu contrato de trabalho, assim como deverá observar as demais exigências contidas no produto a que estava vinculado com relação ao oferecimento do plano de inativos.	

D - Plano Pratic Ouro Empresarial Apto.	
Número de registro do produto na ANS	464.795/11-5
Nome comercial	Pratic Ouro Empresarial Apto.
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Área de abrangência	Grupo de Municípios
Área de atuação	Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel
Padrão de acomodação em internação	Individual (Apartamento)
Formação do preço	Pré Estabelecido
Elegibilidade:	
a) Titulares Ativos: empregados com vínculo ativo, inclusive os temporários, sócios, administradores, demitidos ou aposentados que tiveram vínculo empregatício com a CONTRATANTE, estagiários e menores aprendizes.	
b) Dependentes dos titulares ativos: as pessoas com grau de parentesco com o Titular, que estão previstas no rol constante do artigo 6º das Condições Gerais do Produto.	
c) Titulares inativos e seu grupo familiar, de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.	
Contributividade: De acordo com o disposto na Resolução Normativa - RN nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica estabelecido que, quando da exclusão de qualquer usuário, a CONTRATANTE respectiva deverá informar se tal usuário contribuiu para o plano de saúde enquanto vigente o seu contrato de trabalho, assim como deverá observar as demais exigências contidas no produto a que estava vinculado com relação ao oferecimento do plano de inativos.	

E - Plano Regional Básico Enfermaria	
Número de registro do produto na ANS	472.429/14-1
Nome comercial	Regional Básico Enfermaria
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Área de abrangência	Grupo de Municípios
Área de atuação	Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel
Padrão de acomodação em internação	Coletiva (Enfermaria)
Formação do preço	Pré Estabelecido



Elegibilidade:

- a) Titulares Ativos: empregados com vínculo ativo, inclusive os temporários, sócios, administradores, demitidos ou aposentados que tiveram vínculo empregatício com a CONTRATANTE, estagiários e menores aprendizes.
- b) Dependentes dos titulares ativos: as pessoas com grau de parentesco com o Titular, que estão previstas no rol constante do artigo 6º das Condições Gerais do Produto.
- c) Titulares inativos e seu grupo familiar, de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Contributividade: De acordo com o disposto na Resolução Normativa - RN nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica estabelecido que, quando da exclusão de qualquer usuário, a CONTRATANTE respectiva deverá informar se tal usuário contribuiu para o plano de saúde enquanto vigente o seu contrato de trabalho, assim como deverá observar as demais exigências contidas no produto a que estava vinculado com relação ao oferecimento do plano de inativos.

F - Plano Regional Especial Apartamento

Número de registro do produto na ANS	472.430/14-5
Nome comercial	Regional Especial Apartamento
Segmentação assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Área de abrangência	Grupo de Municípios
Área de atuação	Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel
Padrão de acomodação em internação	Individual (Apartamento)
Formação do preço	Pré Estabelecido

Elegibilidade:

- a) Titulares Ativos: empregados com vínculo ativo, inclusive os temporários, sócios, administradores, demitidos ou aposentados que tiveram vínculo empregatício com a CONTRATANTE, estagiários e menores aprendizes.
- b) Dependentes dos titulares ativos: as pessoas com grau de parentesco com o Titular, que estão previstas no rol constante do artigo 6º das Condições Gerais do Produto.
- c) Titulares inativos e seu grupo familiar, de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Contributividade: De acordo com o disposto na Resolução Normativa - RN nº 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica estabelecido que, quando da exclusão de qualquer usuário, a CONTRATANTE respectiva deverá informar se tal usuário contribuiu para o plano de saúde enquanto vigente o seu contrato de trabalho, assim como deverá observar as demais exigências contidas no produto a que estava vinculado com relação ao oferecimento do plano de inativos.

**CONDIÇÕES GERAIS****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 ou contratada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, 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 nº 10.406), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), 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, o instrumento de comercialização, declaração de saúde e demais documentos firmados pelas partes.

TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6. A CONTRATANTE deverá obrigatoriamente atender as condições de admissão abaixo especificadas:

- a) Apresentar à CONTRATADA os documentos que comprovem que a empresa foi constituída há, no mínimo 6 (seis) meses (certificado de microempreendedor individual, Requerimento de Empresário Individual, ou outros documentos que confirmem sua inscrição em órgãos competentes), bem como sua regularidade junto à Receita Federal no momento da contratação, e sempre que solicitado pela CONTRATADA;
- b) Relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do artigo 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;



c) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:

c.1) Instrumento de Comercialização e Condições Gerais do Produto;

c.2) Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e aos seus dependentes eventualmente inscritos, cujo preenchimento será obrigatório quando o número de beneficiários inscritos for inferior a 30 (trinta), ou caso o beneficiário solicite sua inclusão no plano após o prazo de 30 (trinta) dias da celebração do contrato, ou depois de transcorrido 30 (trinta) dias da sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE;

c.3) A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados, e cópia dos respectivos documentos que comprovem as informações enviadas e exigidas pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 7. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde coletivo empresarial, as pessoas físicas vinculadas a pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutário com a CONTRATANTE, inclusive os temporários; Sócio ou administrador da CONTRATANTE; Demitidos e aposentados que tiveram vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE; Agentes políticos; Estagiários e menores aprendizes.

Parágrafo único. No instrumento de comercialização serão definidas quais pessoas figurarão como usuários titulares, observada a relação deste artigo.

Art. 8. 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.



§1º. Se houver disposição específica no instrumento de comercialização, 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.

§2º. O ingresso do grupo familiar e sua permanência no plano, dependerá da participação do usuário titular no contrato, observadas as exceções da contratação coletiva empresarial quando se tratar de demitidos e aposentados com direito ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§3º. Não será permitida a inclusão de grupo familiar do titular que esteja na condição de ex-empregado da CONTRATANTE, em gozo do benefício dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, exceto a inscrição de novo cônjuge e filhos.

Art. 9. 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.

Art. 10. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados, e cópia dos respectivos documentos que comprovem as informações enviadas e exigidas 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 beneficiário legível e o nome da sua mãe; cópia do CPF do beneficiário titular e seus dependentes, comprovante de endereço residencial com CEP (comprovante deverá obrigatoriamente conter o nome do beneficiário titular), 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 complementações, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

§1º. A CONTRATANTE também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste plano, e de que maneira, de forma a garantir ao usuário titular que contribuir mensalmente para seu plano, os benefícios de que tratam os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§2º. Qualquer alteração na condição de contribuinte do plano, ou não, deverá ser comunicada à CONTRATADA.

Art. 11. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre a CONTRATANTE e o usuário titular, e de relação entre este e os usuários eventualmente indicados como seus dependentes, podendo ser solicitada comprovação (documento elegibilidade) a qualquer tempo, inclusive reserva-se o direito de solicitar os documentos que comprovem a regularidade cadastral da empresa CONTRATANTE junto à Receita Federal e aos demais órgãos competentes.



Art. 12. A CONTRATANTE se obriga a comunicar, por escrito, conforme datas limites previstas no instrumento de comercialização, as inclusões e alterações de usuários para os efeitos deste plano, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema da CONTRATADA. As exclusões de usuários deverão seguir as regras deste contrato quando o motivo de exclusão for diverso da vontade do beneficiário titular, nas hipóteses em que a exclusão for motivada pela vontade do beneficiário do titular a mesma deverá obrigatoriamente seguir as regras estabelecidas na RN nº 412 da ANS.

Art. 13. É vedada a inclusão de beneficiários anteriormente excluídos do plano sem cumprimento do período de 180 (cento e oitenta) dias de carência para quaisquer coberturas exceto os casos caracterizados como urgência e emergência, que, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição, terão as coberturas definidas neste instrumento.

Parágrafo único – Nas hipóteses em que o beneficiário titular solicitar o cancelamento/exclusão do plano, conforme as regras estabelecidas na resolução normativa RN 412 da ANS, durante a vigência do contrato, e após a exclusão seja solicitada a inclusão deste beneficiário a empresa CONTRATANTE fica ciente de que o mesmo deverá cumprir todas as carências contratuais, e eventuais Cobertura Parcial Temporária – CPT, mesmo as que ele já cumpriu, conforme determinado na normativa ora referenciada.

TÍTULO III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 14. 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, – observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, – realizados exclusivamente pelos recursos próprios ou contratados para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º Caso haja indicação clínica, terá cobertura a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos previstos neste contrato. 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.

§3º É garantida a cobertura dos procedimentos listados no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não podendo ser exigida a realização do serviço em determinado prestador que esteja indisponível, sendo facultado à CONTRATADA o direcionamento do atendimento ao serviço que atenda a necessidade do beneficiário, desde que coberto pelo contrato.

Art. 15. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, 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. 16. 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.

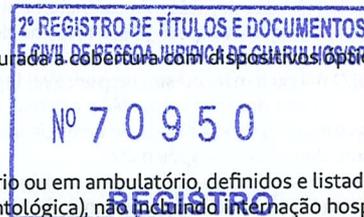
Parágrafo único. Todas as escopias listadas no rol de procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Seção I – Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 17. A Segmentação Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, 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 ou contratados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, 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 assistente devidamente habilitado, 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 do médico e 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;
- V – cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial – 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.



Art. 18. 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 II - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 19. 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, reconhecidas 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 pertencentes à rede de prestadores do plano, 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 conforme descrito no Rol de Procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica;
 - c) radioterapia;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.



Art. 20. 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 - a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imprescindível imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; não estão cobertos, entretanto, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais;
- III - 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;
- IV - 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. 21. 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. 22. 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 maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- IV - transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

§2º As internações decorrentes de transtorno psiquiátrico estão sujeitas à coparticipação do usuário conforme definido no instrumento de comercialização. 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 Fica ressalvado que 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.

Art. 23. Ocasionalmente, havendo indisponibilidade do tipo de leito hospitalar previsto neste contrato, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, desde que nos estabelecimentos próprios ou contratados por meio deste plano.

Art.24. É garantida a cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, observadas as condições contratadas.

Seção III - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

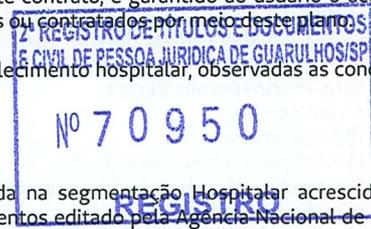
Art. 25. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, observado o rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e ainda, desde que 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.

TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 26. 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; ou ainda aqueles cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- 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 contratação de acomodação coletiva (enfermaria): 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, observadas as condições próprias do estabelecimento hospitalar;
- IX - para contratação de individual (apartamento): despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de um acompanhante;
- X - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- XI - cirurgias para mudança de sexo;
- XII - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIII - 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;
- XIV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XV - 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 pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
XVI - enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
XVII - cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
XVIII - procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
XIX - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
XX - aplicação de vacinas;
XXI - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XXII - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
XXIII - remoção domiciliar;
XXIV - 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;
XXV - 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;
XXVI - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
XXVII - procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.

Art. 27. 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. 28. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, cuja contagem se iniciará na data definida no instrumento de comercialização, desde que até aquela oportunidade não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA.

Parágrafo único. A manutenção da vigência contratual dependerá da apresentação pela CONTRATANTE da sua regularidade cadastral junto à Receita Federal ou outro órgão competente.

Art. 29. Não havendo pendências conforme supramencionado, e salvo manifestação em contrário das partes, com antecedência mínima de sessenta 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. 30. Os usuários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.

§1º 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.

§2º Quando prevista a inscrição de dependentes, os períodos de carência terão início na data de inclusão destes no plano.

Art. 31. Os períodos máximos de carência são:

- I - trezentos dias para partos a termo;
- II - cento e oitenta dias para os demais casos;
- III - vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Poderá haver redução dos períodos de carência mediante acordo das partes, bem como a definição de procedimentos específicos e seus respectivos prazos de carência que constarão do instrumento de comercialização.

Art. 32. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigido o cumprimento de períodos de carências, desde que o usuário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no caput constará do instrumento de comercialização.

Art. 33. A CONTRATANTE recebe neste ato arquivo com a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (bem como as Diretrizes de Utilização, as Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização), onde consta a indicação dos procedimentos que correspondem à cobertura do plano contratado, ressalvadas as exclusões deste instrumento, sendo certo que qualquer inclusão de novos procedimentos na cobertura poderá implicar cumprimento de período de 180 (cento e oitenta) dias de carência, observado o disposto no artigo anterior, além de composição financeira.

TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. 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. 35. 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. 36. 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. 37. 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. 38. 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. 39. 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.

§3º Não haverá negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Art. 40. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigida Cláusula de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente, desde que o usuário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no caput, ou ainda a dispensa de exigência de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, constará do instrumento de comercialização.



TÍTULO VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 41. 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. 42. Quando o atendimento de emergência ou de urgência 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.

Art. 43. 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 urgência decorrentes de acidente pessoal.

Art. 44. 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.

Seção I – Da Remoção

Art. 45. 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.



Seção II – Do Reembolso

Art. 46. 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. 47. 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, pela 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 – IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 48. 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. 49. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 50. 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. 51. 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 e contratados referentes 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 ou contratada do plano.

§2º Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela CONTRATADA, por meio da rede própria ou contratada constante no Guia.

§3º 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 ou contratada da operadora.

§4º O usuário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico de substituição dos prestadores da rede disponibilizada ao plano contratado. As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da CONTRATADA, pelo serviço de tele atendimento ou pela Internet.

Art. 52. 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.

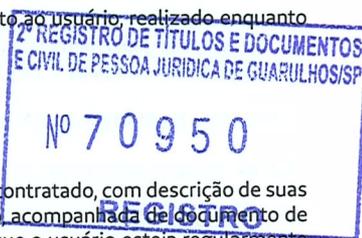
Art. 53. Caso o beneficiário tenha dificuldade de acesso a alguma cobertura prevista neste plano, deverá entrar em contato com a CONTRATADA pelo seu serviço de tele atendimento, que o direcionará ao prestador que executará o procedimento.

Art. 54. 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 CONTRATADA.

Art. 55. 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. 56. 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. 57. 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. 58. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 59. 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. 60. A CONTRATADA se reserva o direito de exigir perícia médica para interações 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 CONTRATADA 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. 61. A CONTRATADA poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, 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. 62. 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. 63. A CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no instrumento de comercialização, 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 CONTRATADA, após a realização de procedimento.

TÍTULO X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 64. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Parágrafo único. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, que estejam nas mesmas condições.

Art. 65. A CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por usuário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades, conforme disposto no instrumento de comercialização.

Parágrafo único. 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, e, caso seja adotado preço único, no instrumento de comercialização constará o critério adotado para a sua determinação e a participação da CONTRATANTE, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

Art. 66. A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 67. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusões ou de exclusões de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 68. 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 - IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), 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. 69. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

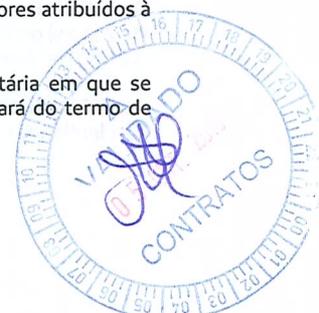
Art. 70. Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora.

Seção Única - Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98)

Art. 71. Caso seja caracterizada a contribuição pelo empregado, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, desde que haja formalização em termo próprio, o ex-empregado (demitido ou exonerado sem justa causa; ou aposentado) permanecerá vinculado à contratação coletiva, observado o disposto neste instrumento.

Art. 72. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, caso assim se obriguem, deverão pagar à CONTRATADA, por si e seus dependentes, as mensalidades fixadas para o plano coletivo, os valores atribuídos à coparticipação e as despesas eventuais, tais como segunda via de cartão de identificação.

§1º 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, cujo vencimento constará do termo de adesão ao benefício.



§2º A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprover.

Art. 73. 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 IIPCA - IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), 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 atendimento e exclusão dos usuários inadimplentes.

Art. 74. 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. 75. Se o usuário 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. 76. 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, e seus limites, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, 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. 77. Nos termos da lei, o valor das mensalidades, coparticipação e inscrições será reajustado anualmente, conforme indexador definido no instrumento de comercialização.

§1º Caso a legislação autorize o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

§2º Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de reajustamento do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art. 78. De forma complementar, além da atualização prevista acima, o cálculo atuarial poderá ser revisto anualmente, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, se houver utilização comprovada acima da média prevista ou aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência médica e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos, alteração do grau de risco da CONTRATANTE.

§1º Os parâmetros da revisão técnica serão definidos no instrumento de comercialização.

§2º Fica estipulado entre as partes contratantes que também serão computados para o cálculo da sinistralidade, todos os custos suportados pela CONTRATADA no período de apuração, inclusive os decorrentes de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinado por decisão proferida em processo administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme normas aplicáveis à espécie.

Art. 79. Em caso de não aplicação do reajuste no mês de sua incidência, por motivo de negociação entre as partes, será emitida fatura complementar relativa ao reajustamento retroativo.

Art. 80. Os reajustes e revisões das mensalidades deste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme determinado pela regulamentação em vigor.

Art. 81. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à CONTRATADA as mensalidades do plano, estarão sujeitos aos reajustes e revisões definidos para o contrato coletivo, conforme descrito neste instrumento e eventual negociação da CONTRATANTE.

Parágrafo único. No caso de a CONTRATADA disponibilizar planos exclusivos para ex-empregados, a carteira destes planos deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste, cujos percentuais serão divulgados no Portal Corporativo da CONTRATADA na Internet em até trinta dias após a sua aplicação.

Sessão Única - Agrupamento Para Diluição do Risco

Art. 82. Na hipótese de esta contratação não contar com pelo menos trinta beneficiários deverá ser agrupada para fins de cálculo e aplicação de reajuste unificado, de modo que haja distribuição do risco inerente à operação por todos os contratos pertencentes ao grupo quando da revisão técnica.

Art. 83. A quantidade de beneficiários estabelecida para definir se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e reavaliada anualmente, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

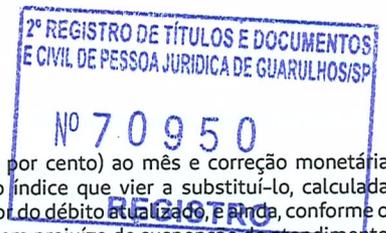
§1º Quando a contratação superar a quantidade mínima de beneficiários, o contrato será desagregado do agrupamento, passando o reajuste a ser regido individualmente pelas disposições contratuais específicas.

§2º Para fins da apuração do número de usuários será considerada a soma de todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que inscritos em planos privados de assistência à saúde diferentes, bem como, na hipótese de mais de uma CONTRATANTE integrar a contratação no mesmo instrumento jurídico, a soma de todos os inscritos por todas elas.

Art. 84. O período de cálculo do reajuste único, seja pelo índice de preços, seja pela recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, será comum a todos os contratos incluídos no agrupamento.

Art. 85. Os parâmetros de reajuste e revisão técnica dos contratos incluídos no agrupamento para diluição de risco estarão definidos no instrumento de comercialização.

Art. 86. Respeitada a respectiva data base de cada contratação, o percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será



aplicado no período compreendido entre o mês de maio de um ano e o mês de abril do ano seguinte.

Art. 87. A CONTRATADA deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Art. 88. É facultado à CONTRATADA, a título de aditamento pré-consentido, alterar o período de apuração do reajuste, bem como desmembrar o agrupamento por tipo de segmentação assistencial, observadas as normas editadas pela ANS.

TÍTULO XII – FAIXAS ETÁRIAS (10 FAIXAS)

Art. 89. 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. 90. 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. 91. 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 no instrumento de comercialização.

§1º Os percentuais definidos 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 são fixados observando que o valor da 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 As variações por mudança de faixa etária não poderão apresentar percentuais negativos.

Art. 92. Os usuários acima 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 – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 93. No caso de a CONTRATADA disponibilizar planos exclusivos para ex-empregados, o instrumento de comercialização/Proposta de Adesão deverá dispor se haverá a manutenção em um mesmo plano contratado para os empregados ativos e também para os empregados com vínculo inativo (aposentados, exonerados ou demitidos sem justa causa, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656), ou se a contratação será em planos separados.

§1º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, é obrigatório que a empresa empregadora firme os contratos com uma única operadora, e no caso de encerramento ou cancelamento de uma modalidade de vínculo empregatício (ativo ou inativo), a outra também deverá ser encerrada ou cancelada.

§2º Existindo mais de uma operadora contratada, os demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados deverão permanecer vinculados à contratação da operadora em que anteriormente estavam inscritos quando da vigência da relação de emprego, bem como seu eventual grupo familiar.

Art. 94. Os beneficiários terão ciência dos valores distribuídos em faixa etária, ainda que a CONTRATANTE tenha negociado preço único para os empregados ativos, cujo critério para a sua determinação constará do instrumento de comercialização/Proposta de Adesão, bem como as condições de seu financiamento.

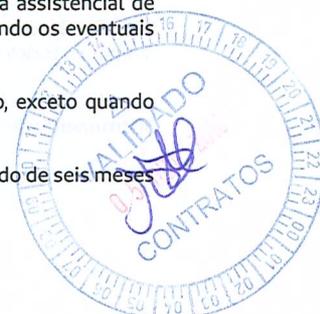
Parágrafo único. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações estarão disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

Seção I – Do Demitido

Art. 95. Nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, ao usuário titular que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão

§2º O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses





e um máximo de vinte e quatro meses.

Seção II – Do Aposentado

Art. 96. Conforme disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, ao usuário titular aposentado que contribuiu para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário – e dos respectivos usuários dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

§2º Na hipótese de contribuição pelo então empregado por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Art. 97. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, quando do seu desligamento, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar da CONTRATANTE.

Parágrafo único. A permanência do vínculo de que trata o caput é garantida aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656.

Seção III – Das condições comuns aos demitidos e aposentados

Art. 98. O ex-empregado (exonerado, demitido ou aposentado) deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação inequívoca da CONTRATANTE (empresa empregadora), formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§1º Caberá à CONTRATANTE esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo.

§2º O direito de permanência assegurado ao usuário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 99. A manutenção da condição de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, contudo, não há obrigatoriedade de manutenção de todos os então inscritos, podendo ser mantido o vínculo tão somente pelo ex-empregado, individualmente, e por parte do seu grupo familiar.

Parágrafo único. É facultada a inclusão tão somente de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário, sujeitando-se a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência definidos no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

Art. 100. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência, observado o prazo do benefício, é assegurado aos dependentes então inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e nos termos do disposto neste contrato.

Art. 101. No caso de rescisão do presente contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, a CONTRATANTE deverá garantir a inscrição dos beneficiários demitidos e aposentados no novo plano, de modo a manter a continuidade do direito em fruição.

Art. 102. A CONTRATADA poderá exigir da CONTRATANTE prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

§1º O usuário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao contrato coletivo, e, por consequência, seus dependentes também não terão esse direito, ainda que tenha ocorrido contribuição para o plano de saúde, mas cujos valores sejam relacionados exclusivamente ao grupo familiar do empregado.

§2º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição a coparticipação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

Art. 103. Caso de outra maneira não seja acordada, a CONTRATADA efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos usuários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

Art. 104. A CONTRATANTE deverá enviar a relação dos usuários que passarão à condição de ex-empregados (e respectivos dependentes vinculados), contendo o prazo de permanência no benefício. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio – disponibilizado pela CONTRATADA – firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade, além da prova do tempo de contribuição para o plano de assistência à saúde.

Art. 105. A condição de beneficiário assegurada nos dispositivos acima deixará de existir:

- pelo decurso dos prazos de manutenção previstos acima;
- quando da admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo;
- pelo cancelamento pela CONTRATANTE do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos ou aos ex-empregados;
- pela exclusão dos beneficiários por inadimplência ou fraude.

Art. 106. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, e de 1998, o direito de exercer



a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 186, e suas posteriores alterações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção IV - Do Plano Individual/Familiar

Art. 107. As despesas incorridas com beneficiário internado ou em atendimento domiciliar, excluído do plano, voluntária ou compulsoriamente, serão de responsabilidade da CONTRATANTE. A responsabilidade definida no caput deste parágrafo único subsistirá mesmo nas hipóteses dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§1º Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os usuários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.

§2º O valor da mensalidade corresponderá ao preço de comercialização vigente na data da contratação do plano individual/familiar.

TÍTULO XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 108. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão dos usuários, salvo direito do beneficiário solicitar diretamente a CONTRATADA se descumprido pela CONTRATANTE o prazo previsto na RN 412/2017 da ANS.

Parágrafo único. As despesas incorridas com beneficiário internado ou em atendimento domiciliar, excluído do plano, voluntária ou compulsoriamente, serão de responsabilidade da CONTRATANTE. A responsabilidade definida no caput deste parágrafo único subsistirá mesmo nas hipóteses dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

Art. 109. Em observância ao direito do empregado aposentado, ou demitido (ou exonerado) sem justa causa, que contribuir para o plano, de permanecer vinculado à contratação coletiva, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, a CONTRATADA somente acatará a solicitação de exclusão de usuário titular:

- a) que estiver acompanhada de declaração da CONTRATANTE de que o empregado não contribuiu para seu plano de saúde, não sendo, portanto, elegível ao benefício; ou que a demissão se deu por justo motivo; ou
- b) mediante manifestação do ex-empregado de que não deseja exercer o seu direito; ou
- c) depois de decorridos trinta dias da comprovada comunicação que a CONTRATANTE tenha feito ao seu empregado (demitido sem justa causa ou aposentado) informando-o sobre seu direito, sem que houvesse manifestação de interesse em exercê-lo.

Art. 110. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, e ressalvado o benefício disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, a exclusão do usuário titular do contrato cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 111. 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 CONTRATADA 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 inclui-se a má-fé e a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 112. É obrigação da CONTRATANTE recolher os cartões individuais de identificação dos usuários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela CONTRATADA, e encaminhá-los à sede da CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos ônus 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 reembolso das despesas e 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 XV - RESCISÃO

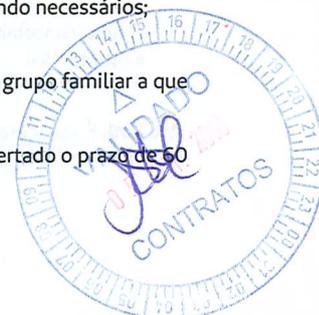
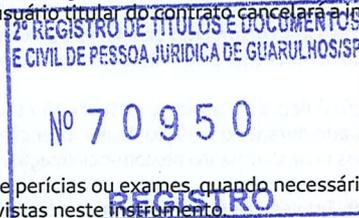
Art. 113. O atraso superior a 30 (trinta) dias nos pagamentos dos valores devido pelo CONTRATANTE implicará sempre, após a ciência da CONTRATANTE, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito. Independente da suspensão dos serviços, fica facultado à CONTRATADA a rescisão do contrato no caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, e requerer judicialmente a quitação do débito com as suas consequências moratórias.

Art. 114. Rescinde-se também este contrato, ocorrendo:

- I - qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- II - redução da massa total negociada no percentual definido no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.
- III - utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- IV - omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- V - descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A CONTRATANTE evitará a rescisão do contrato caso exclua o autor do ilícito, bem como do respectivo grupo familiar a que ele estiver vinculado.

Art. 115. Constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE, conforme descrito no Título II - Condições de Admissão, será ofertado o prazo de 60



(sessenta) dias para a CONTRATANTE comprovar a regularização junto à Receita Federal, ou órgão competente, caso o mesmo não ocorra o contrato será rescindido de pleno direito.

Art. 116. Na hipótese de a CONTRATANTE denunciar o contrato durante o período da vigência inicial, esta se obriga a pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta 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 (Lei nº 10.406).

§1º Estando vigente por prazo indeterminado, o contrato poderá ser denunciado imotivadamente por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica a subsistência das obrigações assumidas.

§3º Durante o prazo de denúncia previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários, salvo nas hipóteses da RN nº 412 da ANS.

Art. 117. 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. 118. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste 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, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Art. 119. Somente será realizada a exclusão do plano diretamente pelo usuário titular empregado se comprovado pelo solicitante que foi comunicado a CONTRATANTE e esta não notificou a CONTRATADA no prazo de 30 (trinta) dias.

Seção Única - Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98)

Art. 120. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à CONTRATADA as mensalidades, estarão sujeitos às disposições deste instrumento.

Art. 121. O atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará, sempre, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a CONTRATADA excluir os inadimplentes do contato e pleitear judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

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

Art. 122. Será excluído deste contrato o grupo familiar cujo integrante tenha:

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

Art. 123. O usuário titular poderá solicitar sua exclusão do plano, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência. A falta de comunicação implica a subsistência das obrigações assumidas.

Art. 124. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do usuário.

Art. 125. É obrigação do usuário titular, 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, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

TÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

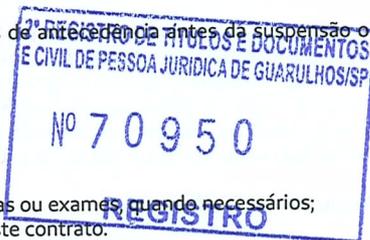
Art. 126. Integram a presente contratação a declaração de saúde, a Tabela Referencial, o guia do beneficiário, guia de leitura contratual, as disposições de propostas ou termos de adesão/admissão, instrumento de comercialização ou qualquer outro documento que disponha sobre os direitos dos usuários.

Art. 127. 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. 128. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

Art. 129. 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 atendimento a usuário excluído do plano, ou ainda, em fraude; obrigando-se a CONTRATANTE a reembolsar à CONTRATADA quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 130. A 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. 131. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue aos usuários, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

Art. 132. A CONTRATADA poderá valer-se da inserção de mensagens no documento de cobrança das contraprestações como meio de veiculação de seus comunicados.

Art. 133. 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. 134. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE.

Art. 135. A CONTRATANTE, por si e por seus usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como 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, e 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.

Parágrafo único. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico, e 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. 136. 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. 137. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus usuários, 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. 138. 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.

Seção Única – Das Definições

Art. 139. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- I – CONTRATANTE: é a pessoa jurídica 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 dos 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 dependentes.

Art. 140. 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 nº3.432, 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 - CONTRAPRESTAÇÃO: valor pago à CONTRATADA em contrapartida às obrigações assumidas, podendo ser fixa e mensal (mensalidade) ou ainda em razão da utilização específica da cobertura.

XII - CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

XIII - CONTRATAÇÃO COLETIVA 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, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, e respectivos grupos familiares.

XIV - CONTRATAÇÃO COLETIVA 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.

XV - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XVI - COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.

XVII - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujos valores são aferidos por meio de tabelas pré-definidas ou correspondentes àqueles cobrados pelos prestadores de serviço, podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.

XVIII - 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); semo cumprimento das exigências (critérios das diretrizes) a CONTRATADA não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.

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

XX - DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: 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.

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

XXII - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

XXIV - 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) monitorização ambulatorial de pressão 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 peritoneal - CAPD (Diálise Peritoneal 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.

XXV - 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.

XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXVII - 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.

XXVIII - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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

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

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

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

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

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

XXXV - 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.

XXXVI - 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.

XXXVII - 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).

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

XXXIX - RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS PRÓPRIOS: todo recurso físico, hospitalar ou ambulatorial, de propriedade da CONTRATADA, e



ainda, profissional assalariado ou cooperado da CONTRATADA.

XL - 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).

XLI - 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.

XLII - 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.

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

TÍTULO XVII - ELEIÇÃO DE FORO

Art. 141. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Este documento está registrado no 2º Registro de Títulos e Documentos de Guarulhos/SP sob nº 64095 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 467.970/12-9, 467.969/12-5, 464.793/11-9, 464.795/11-5, 472.429/14-1 e 472.430/14-5.

Guarulhos, 08 de outubro de 20 18.

Contratante: _____

Contratada: _____

Unimed Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico

Testemunhas: _____

Dr. Abdul Kader Mohamad Sultani
Diretor de Desenvolvimento de Mercado
E Gestão de Contratos

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. **80.903**, registrado e microfilmado
no Registro de Títulos e Documentos em 09/11/2018 sob no. **70.950**.
Guarulhos, 09/11/2018.

Lourival Varol - Escrevente

OFICIAL	ESTADO	IPESP	R	CIVIL	T	J	MUNIC	MP	DIL	TOTAL
288,81	81,95	56,35	15,12	19,77	14,00	13,94	0,00	489,94		





2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
E CIVIL DE PESSOA JURIDICA DE GUARULHOS/SP
Nº 70950
REGISTRO

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