

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado **UNIMED MARANHAO DO SUL – Cooperativa de Trabalho Médico**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 07.057.185/0001-10, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 352543, classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Rua Ceará, 701 – Centro, Imperatriz/MA, doravante denominada **CONTRATADA**.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

De outro lado, a Empresa _____ inscrita no CNPJ sob o nº. _____, localizado a _____ doravante designada **CONTRATANTE**.

Será incluído no presente contrato os funcionários existentes e futuramente contratados da(s) filial(is) _____ inscrita no CNPJ sob o nº. 000000000000, localizado a Rua _____, nas mesmas condições do plano de saúde, contratado junto a Unimed Maranhão do Sul.

CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

Nome Comercial do Plano na ANS	UNIMASTER PME I E
Nº de registro do plano	479.294/17-7
Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial.
Segmentação Assistencial	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
Fator moderador	Sem Coparticipação.
Área geográfica de abrangência	A área de abrangência geográfica deste plano é GRUPO DE MUNICIPIOS .
Área de Atuação	a) O atendimento será realizado através dos médicos cooperados e serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA , no municípios

	<p>de Imperatriz/MA, Açailândia/MA, Balsas/MA, Grajau/MA, Porto Franco/MA e São Luis/MA.</p> <p>b) Excepcionalmente, nos casos em que os serviços acima mencionados não apresentarem condições técnicas de resolutividade, o paciente/beneficiário, mediante prévia solicitação, será encaminhado para atendimento em outro serviço próprio ou credenciado do SISTEMA NACIONAL UNIMED que apresente condições de oferecer os recursos necessários ao tratamento, DESDE QUE COBERTO PELO PLANO E A ESCOLHA DA LOCALIDADE ESTARÁ A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA CONTRATADA. <u>O encaminhamento se refere exclusivamente às despesas médico-hospitalares cobertas pelo contrato, demais despesas serão cobertas de acordo com a Legislação Suplementar vigente.</u></p> <p>c) A necessidade de encaminhamento do beneficiário será definida de acordo com avaliação e prescrição do médico cooperado assistente e anuência da CONTRATADA. O encaminhamento será caracterizado quando expresso por escrito.</p>
<p>Padrão de Acomodação</p>	<p>a) Acomodação Coletiva (enfermaria).</p> <p>b) Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Contrato, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.</p>
<p>Formação do Preço</p>	<p>Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.</p>
<p>Serviços e coberturas adicionais</p>	<p>Transporte Aeromédico Inter-hospitalar:</p> <p>a) Os BENEFICIÁRIOS titulares e seus dependentes inscritos poderão utilizar o Transporte Aeromédico realizado por aeronaves configuradas e homologadas pelo Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica, exclusivamente no Território Nacional, em situações emergenciais, do hospital de origem até o hospital de destino, desde que comprovadamente haja necessidade de remoção por absoluta falta de resolutividade no Hospital de Origem.</p> <p>b) A necessidade de remoção aérea do (a) beneficiário (a) será definida de acordo com avaliação e prescrição do médico cooperado assistente e anuência da CONTRATADA.</p> <p>c) O Transporte Aeromédico realizar-se-á, exclusivamente no Território Nacional, tendo como destino final o estabelecimento hospitalar indicado pela CONTRATADA, conforme orientação do médico cooperado responsável pelo paciente, e da infraestrutura técnica, excluídos da cobertura os Hospitais de Alto Custo e tabela própria.</p> <p>d) Atendidas às exigências contratuais, a autorização da remoção obrigatoriamente deverá <u>ter parecer do médico responsável pelo</u></p>

	<p>paciente, da equipe médica responsável pelo traslado, que justificarão a necessidade do transporte aeromédico.</p> <p>e) O USUÁRIO terá direito a 01(um) acompanhante.</p> <p>f) O transporte aeromédico obedecerá sempre as condições técnicas aeronáuticas disponíveis na localidade acionada para a remoção, podendo ser adiado se não houver condições favoráveis para o voo, comprovadas pelo órgão aeronáutico competente.</p> <p>g) O USUÁRIO deverá ser transportado para os estabelecimentos hospitalares indicados pela CONTRATADA e de conformidade com o disposto neste tema, desde que sejam providenciadas a autorização, junto à CONTRATADA, e garantia da respectiva vaga de leito no hospital de destino.</p> <p>h) Para os estabelecimentos hospitalares não indicados pela CONTRATADA, incluindo Hospital de Alto Custo e tabela própria, somente será prestada a remoção aeromédica ao USUÁRIO, se o mesmo, ou seu responsável assumir expressamente o pagamento das despesas médico-hospitalares.</p>
--	---

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista na Lei nº.9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.**
- 1.2 O presente contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90 (CDC).
- 1.3 **A Proposta de Admissão é parte integrante deste contrato.**

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 2.1 Por se tratar de plano privado de assistência à saúde empresarial, este oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a **CONTRATANTE** vínculo empregatício ou estatutário, devidamente comprovado.
- 2.2 São considerados, ainda, beneficiários titulares deste Contrato:



- I- Os sócios da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- II- Os administradores da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- III- Os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica CONTRATANTE, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, de 1998;
- IV- Os trabalhadores temporários;
- V- Os estagiários e menores aprendizes.

2.3 Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) Cônjuge
- b) Companheiro (a), desde que comprovada união estável **através de Escritura Pública**, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Filhos (as) e/ou enteados (as) e netos até 35 (trinta e cinco) anos, ou qualquer idade, quando incapacitados física e/ou mentalmente para o trabalho;
- d) Tutelados e os menores sob guarda;
- e) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos;

2.3.1 Ressalta-se que, os critérios de dependência para fins de dedução no Imposto de Renda (IN RFB nº 1500 no seu art. 90), **NÃO SÃO OS MESMOS** para fins de dependência no referido plano de saúde. Desse modo, os dependentes do titular do plano de saúde, não são considerados dedutíveis da DIFP, exceto se coincidir a dependência com os critérios da Instrução Normativa da Receita Federal.

2.4 O ingresso dos dependentes **dependerá da participação do beneficiário titular** no contrato de plano privado de assistência à saúde.

- a) O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridas pelo titular e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento tutela, guarda ou adoção, e que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta dias) dias.
- b) Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal NÃO TENHA cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.
- c) Do menor de 12 anos adotado por beneficiário deste plano de saúde, ou sob sua a guarda ou tutela, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.
- d) Do menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar

do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai.

- e) O menor de 12 anos nos casos de guarda, tutela, adoção, ou do reconhecimento da paternidade desde que incluído no plano no prazo de 30 dias previsto acima estará isento do cumprimento de cobertura parcial temporária por lesão preexistente.

2.5 A não observação do prazo máximo de 30 (trinta dias) ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência e a avaliação de doença ou lesão preexistente para aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

2.6 O dependente que vier a perder a condição de dependência, por atingir maioridade, poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 60 (sessenta) dias antes da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, observadas as regras previstas na portabilidade especial de carências.

2.7 Os beneficiários dependentes estarão vinculados ao beneficiário titular no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

2.8 A adesão e a permanência dos beneficiários dependentes está condicionada a participação dos beneficiários titulares no plano.

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

2.10 A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA através de formulário específico as inclusões e exclusões de BENEFICIÁRIOS para os efeitos deste contrato.

2.11 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior com o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

2.12 A relação de beneficiários será acompanhada das informações cadastrais dos titulares e dependentes, documentos comprobatórios de dependência e elegibilidade, assim como da Declaração de Saúde de cada um dos BENEFICIÁRIOS, quando devida, nos termos dos quesitos apresentados pela CONTRATADA.

Fica assegurado que caberá à CONTRATADA exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário, segundo normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2.13 Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco dos dependentes com o titular.

- 2.14A** CONTRATANTE no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.
- 2.15** A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CONTRATANTE e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura do **termo de adesão/inclusão**, cabendo ao beneficiário titular informar a CONTRATANTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano.
- 2.16** Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CONTRATANTE repassar à CONTRATADA as informações respectivas.
- 2.17** A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente, em data previamente pactuada constante na **Proposta de Admissão**, parte integrante deste contrato, a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com o termo de inclusão e cópia dos documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco.
- 2.18** A CONTRATANTE se responsabiliza ainda a encaminhar para a CONTRATADA, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.
- 2.19** As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou meio eletrônico (e-mail), acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão
- 2.20** De acordo com as regras previstas na Clausula Doenças e Lesões Preexistentes **a CONTRATADA realizará entrevista qualificada e/ou perícia dos beneficiários, a fim de verificar a existência de lesões e doenças preexistentes,** bem como a solicitação, de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

CLÁUSULA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 3.1** A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.**
- 3.2** A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação.

3.3 O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

3.4 Cobertura ambulatorial:

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas especializadas inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação.**
- c) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;**
- d) Cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;**
- e) Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento**, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- f) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - I. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - II. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - III. Radioterapia ambulatorial;
 - IV. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - V. Hemoterapia ambulatorial;
 - VI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- g) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- h) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.5 Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

- a) Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso á acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.
- b) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) Cobertura para remoção do paciente, **comprovadamente necessária**, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- g) Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- h) Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, 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;
- i) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por 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;
- j) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
- I. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - II. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - III. Radioterapia: todos os procedimentos descritos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - IV. Hemoterapia;
 - V. Nutrição parenteral ou enteral;
 - VI. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
 - VII. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - VIII. Radiologia intervencionista;
 - IX. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - X. Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- k) Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- n) **Para os casos em que o período de internação exceder os prazos definidos acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sendo que o percentual obedecerá ao normativo da ANS vigente a época da contratação, nas internações;**
- o) O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

- p) Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;
- q) Cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo a cobertura estendida para 180 (cento e oitenta) dias por ano para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;
- r) Cobertura dos **transplantes de RINS e CORNEAS**, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- s) **Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima**, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção (artigo 2º e parágrafos da Resolução CONSU 12/1998);
- t) Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;
- u) Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato, compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e as Resoluções da ANS, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, **estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:**

- a) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

- c) Utilização de medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- d) Serviços ou procedimentos considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- e) que não possuem indicações descritas na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- f) **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim**, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- g) **Inseminação artificial**; entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- h) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética**; assim como SPAS, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- i) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados; isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- j) **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar**; isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde à exceção quanto aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente.
- k) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- l) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- m) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- n) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) **Consultas domiciliares**; mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- p) **Necropsia, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, vacinas, bem como aplicação**;
- q) **Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, bem como todo e qualquer atendimento domiciliar, internação domiciliar (home care), mesmo em caráter de emergência ou urgência**;

- r) Procedimentos, exames, ou tratamento realizados no exterior ou fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciados a CONTRATADA;
- s) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- t) despesas não vinculadas à cobertura deste contrato ou em desacordo do que são contratadas pelo CONTRATANTE;
- u) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- v) transplantes, exceto os de córneas e rim e os transplantes autólogos, que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;
- w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- y) tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, esterilidade e suas consequências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação, exceto aqueles previsto no rol de procedimentos da ANS;
- z) cirurgias para mudança de sexo;
 - aa) produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
 - bb) despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
 - cc) a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
 - dd) remoção domiciliar;
 - ee) **atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria, que embora façam parte da rede credenciada de outras cooperativas do Sistema Nacional Unimed, não estão incluídos na cobertura deste contrato;**
 - ff) **Todo e qualquer hospital e clínica que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria, categoria diferenciada e alto custo, integrantes da Rede Especial e Máster definidas no Manual de Intercâmbio do Sistema Unimed, não haverá cobertura por este plano de saúde;**
 - gg) **Todos e quaisquer procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou que não estejam de acordo com suas diretrizes.**

CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência. Considerar-se-á como início de vigência a data pactuada entre as partes e constante na proposta de admissão, parte integrante deste contrato.

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

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

CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Por tratar-se de plano coletivo empresarial, quando o número de participantes for maior ou igual **a 30 (trinta) no ato da contratação**, não haverá exigência do cumprimento de carência para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo **ou de sua vinculação a pessoa jurídica CONTRATANTE.**

6.2 **Para as demais inclusões que estiverem fora do exigido acima, os usuários obedecerão aos seguintes prazos de carência, contados a partir da data de inclusão no plano:**

24hs	Para Urgência e Emergência;
60 dias	Para Consulta Básica
60 dias	Para Exames Laboratoriais Simples: hemograma, parasitológicos, urina, glicemia entre outros, com exceção dos exames de genética e biologia molecular);
60 dias	RX - torácico
180 dias	Exames Laboratoriais de alto custo (exames de genética e biologia molecular)
180 dias	Para Terapias Simples; (Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia)
180 dias	Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais
180 dias	Para os seguintes procedimentos: ultrassonografias, mamografias, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, ecodoppler, Pet CT e cintilografias, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;
180 dias	Para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;

180 dias	Para internações e os demais procedimentos;
180 dias	Internações psiquiátricas
180 dias	Para as demais internações, clínicas, cirúrgicas, procedimentos e coberturas previstas no Contrato;
300 dias	Para parto a termo
24 meses	Para o tratamento de doenças e lesões pré-existentes

Havendo carência, a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso no plano.

CLÁUSULA VII – DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Para fins deste Contrato e conforme RN nº 162/2007 da ANS, considera-se:

a) **Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)** aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução 162/07;

b) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal entende-se como Agravo qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA** para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

7.2 No caso de doenças ou lesões pré-existentes, os serviços contratados serão prestados após o cumprimento de cobertura parcial temporária por um período ininterrupto de 24 meses a partir da contratação do plano. Durante a CPT, haverá a suspensão de cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal (RN nº 162/07).

7.3 **O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.**

7.4 Para informar a existência de doenças e lesões pré-existentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

- 7.5 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CO NTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 7.6 Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 7.7 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 7.8 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 7.9 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.
- 7.10 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 7.11 Identificado **indício de fraude por parte do beneficiário**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 7.12 Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.
- 7.13 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 7.14 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

- 7.15 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 7.16 Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.
- 7.17 A CONTRATADA observará o disposto no art. 16, § 3º da RN 162/2007.
- 7.18 **Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.**

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 8.1 **Estão cobertos por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:**
- a) urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
 - b) emergência, com o tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 8.2 O plano contratado, **depois de cumpridas as carências**, oferecerá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
- 8.3 **O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.**
- 8.4 **Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, este deverá abranger cobertura limitada às primeiras 12 horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.**
- 8.5 **Estão garantidos, também, os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, o atendimento será limitado as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.**

8.6 Nos contratos que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, para as urgência e emergência que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes será limitada as primeiras 12 horas de atendimento ou até a necessidade de internação.

8.7 **A CONTRATADA NÃO SERÁ RESPONSÁVEL PELA COBERTURA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E NEM PELO REEMBOLSO DESSAS DESPESAS, QUANDO O ATENDIMENTO SE DER FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTA EM CONTRATO.**

8.8 Remoção:

8.8.1 A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, após realizados os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao Beneficiário;

8.8.2 Garantia da remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, **nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação** e nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;

8.8.3 No caso previsto no item anterior, quando não possa haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;

8.8.4 Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade de remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

8.8.5 Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade do SUS;

8.8.6 Caso o Beneficiário, ou seus responsáveis optarem, **mediante assinatura de termo de responsabilidade**, pela continuidade de atendimento em unidade diferente da prevista nos subitens anteriores, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.9 Reembolso:

- 8.9.1 Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência, QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS OU CONTRATUALIZADOS, **dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano** (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998);
- 8.9.2 As despesas serão reembolsadas de acordo com **a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA**;
- 8.9.3 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano a partir do atendimento, para solicitar o reembolso, **sob pena de decaimento do seu direito**, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:
- Relatório do médico assistente declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
 - Recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.
- 8.9.4 O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário ou à Pessoa Jurídica CONTRATANTE, **quem tiver realizado o desembolso**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega da documentação completa na sede da **CONTRATADA**.
- 8.9.5 Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário ou seu representante legal optar por ser atendido fora da abrangência geográfica do plano e em prestadores não credenciados ou cooperados da **CONTRATADA**.
- 8.9.6 À **CONTRATADA** reserva-se o direito de analisar e auditar todo e qualquer documento, procedendo aos acertos cabíveis, para fins de reembolso das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento.
- 8.9.7 **Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA solicitará complementação dos documentos, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias.**
- 8.9.8 O valor a ser reembolsado será pago ao beneficiário ou seu representante legal, sendo indispensável a apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação do reembolso.

CLÁUSULA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 Este contrato não prevê acesso à livre escolha.

CLÁUSULA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 10.1 Os atendimentos serão prestados exclusivamente na rede da **CONTRATADA**, a qual disponibilizará no seu sítio eletrônico (www.unimedmaranhaodosul.coop.br) o guia médico atualizado, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas com os respectivos endereços. As mencionadas informações também estão disponíveis através do Serviço de Atendimento ao Consumidor (Call Center).
- 10.2 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, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a **CONTRATADA** adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.
- 10.3 Os serviços e outros atendimentos, objetos da contratação, serão prestados **unicamente aos beneficiários inscritos, desde que portadores do cartão magnético do plano e documento pessoal de identificação.**
- 10.4 Fica inequivocamente ajustado que os cartões magnéticos de identificação emitidos pela **CONTRATADA** em função das obrigações do presente Contrato são de propriedade exclusiva da **CONTRATADA**, obrigando-se o **CONTRATANTE** a devolvê-los no caso de rescisão contratual.
- 10.5 Em caso de perda, roubo ou dano ao cartão magnético de identificação do beneficiário, o **CONTRATANTE** se obriga a informar imediatamente o fato à **CONTRATADA** para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de 2ª via.
- 10.6 A segunda via do cartão individual de identificação será emitida pela **CONTRATADA** após solicitação da **CONTRATANTE** por escrito e mediante pagamento de taxa vigente a época, constante da proposta de admissão parte integrante deste contrato.
- 10.7 A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE**, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.
- 10.8 A **CONTRATANTE**, se obriga a notificar a **CONTRATADA** sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

- 10.9 Excetuando-se consultas médicas e os casos de urgência/emergência, os demais serviços serão prestados **mediante autorização prévia** da **CONTRATADA**, passíveis de análise da auditoria médica.
- 10.10 Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da **CONTRATADA**.
- 10.11 As consultas deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da **CONTRATADA**.
- 10.12 Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela **CONTRATADA**, através da rede própria ou contratada constante no Guia Médico, mediante solicitação do médico assistente.
- 10.13 Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a **CONTRATADA**, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A **CONTRATADA** emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.
- 10.14 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a **CONTRATADA** fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.
- 10.15 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do Hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela **CONTRATADA**.
- 10.16 **A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não, tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos vigente na época do evento ou no contrato.**
- 10.17 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.
- 10.18 É facultada à **CONTRATADA** a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- 10.19 Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação dos Beneficiários, o estabelecimento

obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

10.20 Com exceção para os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

10.21 As substituições de prestadores da rede credenciada da **CONTRATADA**, são publicadas e disponibilizadas no seu Portal Corporativo na internet em www.unimedmaranhaodosul.coop.br e por meio da sua Central de Atendimento.

10.22 **Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora (Resolução CONSU nº 08/98).**

10.23 A junta poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador, devendo observar os trâmites previstos na Resolução Normativa da ANS nº 424/2017 e suas alterações posteriores.

10.24 A indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento, não caracteriza negativa de cobertura assistencial indevida por parte da **CONTRATADA**, após cumpridos todos os procedimentos estabelecidos na regulamentação vigente.

CLÁUSULA XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1 Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.

11.2 O pagamento é de responsabilidade exclusiva da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98, **sendo que o valor da mensalidade devida pela CONTRATANTE será discriminado em fatura emitida mensalmente e os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento definido na Proposta de Admissão,** parte integrante deste contrato, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou que não haja expediente bancário, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outras localidades, também por ela indicadas.

11.3 Se a **CONTRATANTE** não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até cinco dias **antes do respectivo vencimento** deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA** ou retirá-lo **no endereço eletrônico www.unimedmaranhaodosul.coop.br** para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa. **O NÃO RECEBIMENTO DO MESMO NÃO DESOBRIGA A CONTRATANTE DE EFETUAR O SEU PAGAMENTO NO PRAZO DE VENCIMENTO MENSAL.**

- 11.4 Os boletos, faturas e demais relatórios financeiros encontram-se disponíveis no sítio da Operadora no endereço eletrônico www.unimedmaranhaodosul.coop.br na opção “REMOTE”**
- 11.5** Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.
- 11.6** O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores relacionados na Proposta de Admissão, por cada beneficiário, para efeito de **inscrição e mensalidade**, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.
- 11.7** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos neste contrato.
- 11.8** A quitação de contraprestações pecuniárias mensais não quita débitos anteriores.
- 11.9** Em caso de atraso no pagamento, incidirá sobre o valor do débito juros de mora de 1,00% ao mês sobre o valor corrigido; e multa de 2,00% calculada sobre o valor total do débito.
- 11.10** As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado pelas partes na Proposta de Admissão parte integrante deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.
- 11.11** A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.
- 11.12** As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal que deverá ser **enviada até o dia definido na Proposta de Adesão**, parte integrante deste contrato, sendo que na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, **realizando-se os acertos nas faturas subsequentes**.
- 11.13** Para inclusão de um novo dependente neste plano de saúde a contraprestação pecuniária será cobrada de acordo com o valor da tabela adotada na contratação do titular, cuja atualização se dará com base nos reajustes aplicados ao contrato.

CLÁUSULA XII – REAJUSTE

- 12.1** Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente. Para o reajuste financeiro (Correção monetária) fica estabelecido o **VCMH (Variações dos Custos Médicos hospitalares)**,

da Unimed Maranhão do Sul, apurado pela operadora e homologado pela Atuária independente, sempre no mês de junho de cada ano e será válido para reajustes realizados de julho do mesmo ano até junho do ano subsequente, na data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato, com comunicação antecipada à Contratante. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado e aplicado o reajuste técnico.

12.2 Os índices anuais do VCMH serão divulgados no Portal eletrônico da **CONTRATADA** (www.unimedmaranhaodosul.coop.br), ficando, assim, disponíveis para consultas, bem como a forma e composição do cálculo.

12.3 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 (artigo 19, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);

12.4 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 20 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);

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

12.6 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste por sinistralidade (R) será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = [(S/Sm) - 1]$$

Onde:

R – *Reajuste por sinistralidade, em virtude do desequilíbrio econômico-atuarial*

S – *Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)*

Sm - *Meta de Sinistralidade expressa em contrato*

12.7 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade (Reajuste Técnico), o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao índice de reajuste adotado.

$$IR = [(1+RT\%) \times (1+VCMH)] - 1$$

Onde:

IR = Índice de Reajuste

RT % = Reajuste Técnico Percentual

VCMH = Variação dos Custos Médicos Hospitalares da Unimed Maranhão do Sul

Na hipótese de descontinuidade do índice de reajuste adotado será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

12.9 Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela RN 171/2008.

12.10 Acaso este contrato venha possuir menos de 30 (trinta) beneficiários, o cálculo do percentual de Reajuste será feito em conformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (art. 1º RN/ANS nº 309/2012).

12.11 A quantidade de beneficiários, incluindo titulares e dependentes, será apurada na data da assinatura deste contrato. As datas seguintes serão apuradas anualmente no mês de aniversário do contrato (art. 6º RN/ANS nº 309/2012).

12.11.1 Este contrato será considerado agregado ao agrupamento se possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários na data prevista no item 14.11.1, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários (art. 6º §2º RN/ANS nº 309/2012);

12.11.2 Caso a quantidade de beneficiários deste contrato seja superior a 29 (vinte e nove), na data prevista no item 14.11.1, esse contrato ficará desagregado do agrupamento (art. 6º §3º RN/ANS nº 309/2012).

12.11.3 A quantidade de beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

12.11.4 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contrato será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo de reajuste (art. 7º RN/ANS nº 309/2012).

12.11.5 O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos será único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

12.11.6 Caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento (quantidade de beneficiários igual ou superior a 30 beneficiários, na data de aniversário), será aplicado o reajuste de acordo com a cláusula 13 (dos itens de 14.1 a 14.9) do referido contrato.

12.11.7 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 14.1 do contrato vigente, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.11.8 Para aplicação do percentual de reajuste calculado não será necessária a autorização prévia da ANS.

12.11.9 Metodologia de Cálculo do Percentual de Reajuste:

12.11.9.1 O Percentual de Reajuste do Agrupamento (Ragr) de Contratos será definido por:

$$\text{Ragr} = [(1 + \text{RT}\%) \times (1 + \text{RF}\%)] - 1$$

Onde:

RT % = Reajuste Técnico Percentual

RF % = Reajuste Financeiro Percentual

12.11.9.2 **Reajuste Técnico:** O reajuste técnico (RT%) que tem como objetivo manter o equilíbrio da carteira, e corrige a sinistralidade observada (SiA) para o grupo em relação à sinistralidade requerida (SiR) pela operadora, que é de 70%.

Onde:

SiA = Sinistralidade Avisada observada do agrupamento de contratos;

SiR = Sinistralidade Requerida e expressa em contrato = 0,70

- a. A sinistralidade observada do agrupamento de contratos será calculada da seguinte forma:

$$SiA = (CT/Rec)$$

Onde:

CT = Custos totais assistenciais do contrato;

Rec = Receita total do contrato.

b. Reajuste Técnico será calculado da seguinte forma:

$$RT\% = [(SiA/SiR) - 1]$$

12.11.9.3 **Reajuste Financeiro:** O reajuste financeiro (VCMH) corresponderá à aplicação do **VCMH - Variações dos Custos Médicos Hospitalares da Unimed Maranhão do Sul.**

12.11.9.4 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade (Reajuste Técnico), ou seja, reajuste do agrupamento - (Ragr), previsto no item 14.11.7.1, este deve ser procedido conforme as explicações de todas as variáveis acima citadas, de forma complementar, com o objetivo de garantir a anualidade dos reajustes.

CLÁUSULA XIII- FAIXAS ETÁRIAS

13.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, conforme descrição no quadro abaixo.

Faixa Etária	Previsão de Variação
00-18	
19-23	30,45%
24-28	24,08%
29-33	10,09%
34-38	14,42%
39-43	22,58%
44-48	20,36%
49-53	17,32%
54-58	22,84%
59 +	19,42%

- 13.2 Ocorrendo alteração na idade de **qualquer dos BENEFICIÁRIOS** que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.
- 13.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados neste Contrato e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e **não se confundem com reajuste financeiro anual do contrato.**
- 13.4 Sendo certo que o percentual de variação em cada mudança de faixa etária obedecerá às dez faixas etárias, observando as seguintes condições:
- a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
 - b) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 13.5 Os beneficiários **com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade** estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, **permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.**

CLAÚSULA XIV – BÔNUS - DESCONTOS

- 14.1 Este contrato não prevê bônus e descontos.

CLAÚSULA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- 15.1 Ao beneficiário titular **QUE CONTRIBUIR** para este plano, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de aposentadoria, rescisão ou exoneração do contrato de trabalho **sem justa causa**, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral.** A opção pela manutenção deverá ser feita **até 30 dias do desligamento, em resposta à comunicação formalizada no ato da rescisão contratual.**
- 15.2 Ao empregado demitido ou exonerado, o período de manutenção na condição de beneficiário é de **um terço do tempo de permanência neste plano**, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 15.3 O aposentado que contribuir para este plano por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário à razão de um ano para cada ano de contribuição.

15.4 A manutenção é extensiva, obrigatoriamente, a todos os beneficiários dependentes inscritos na vigência do contrato de trabalho.

15.5 Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes, desde que assumam o pagamento integral, pelo período de um terço do tempo de permanência neste plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.6 O direito assegurado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.7 **O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:**

- a) **pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução nº 279/2011;**
- b) **pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou**
- c) **pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.**

15.8 Por se tratar de plano coletivo, a **CONTRATADA** disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, **sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a portabilidade especial seja requerida pelo beneficiário no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.**

15.9 O 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 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadoras, na forma prevista na Resolução nº 279/2011 ou outra norma que venha substituí-la.

CLÁUSULA XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

16.1.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) por pedido de exclusão do beneficiário titular;

d) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

e) por falecimento.

16.1.2 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

d) pela perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;

e) por falecimento do titular ou do próprio dependente.

16.2 Havendo o falecimento de beneficiários vinculados a este plano de saúde, é obrigatório a comunicação do fato à CONTRATADA.

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

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

a) fraude; ou

b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou de dependência, previstos neste contrato.

16.5A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a **CONTRATANTE** do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

16.6A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

16.7 As exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por escrito ou eletrônico à **CONTRATADA**, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação.

16.8O beneficiário titular poderá solicitar à **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde.

16.9A CONTRATANTE deverá cientificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

16.10 Expirado o prazo de 30 (trinta) dias sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA.

16.11 Os pedidos de exclusão têm efeito imediato a partir da data da ciência pela CONTRATADA.

16.12 As despesas decorrentes de eventuais utilizações indevidas dos serviços após a solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do beneficiário titular arcar integralmente com o custo.

CLÁUSULA XII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1 Este contrato somente poderá ser rescindido **imotivadamente** após a vigência de 12 (doze) meses por ambas as partes **mediante notificação prévia, POR ESCRITO, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.**

17.1.1 - A falta de comunicação, nos termos da cláusula anterior, implicará na subsistência das obrigações assumidas.

17.1.2 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 60 (sessenta) dias mencionado, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

17.2 Este contrato somente poderá ser rescindido em causa de fraude devidamente comprovada por parte da **CONTRATANTE**.

17.3 O atraso no pagamento da mensalidade, pela **CONTRATANTE**, por um período superior a **15 (quinze) dias**, implica a **suspensão** da cobertura assistencial, mediante prévia notificação, até que a **CONTRATANTE** efetue o pagamento devido à **CONTRATADA**.

17.4 A **CONTRATADA** poderá rescindir este contrato, **de imediato**, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período **superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.**

17.5 Caso este contrato seja rescindido antes de completada a vigência inicial de 12 (doze) meses, fica estabelecida multa de 10% do valor da fatura multiplicado pela quantidade de meses restantes. A multa será paga pela pessoa jurídica não cabendo qualquer cobrança ao beneficiário participante do plano.

- 17.6 No caso da aplicação da multa, estipulada no item anterior, a mesma deverá ser paga no prazo de até 30(trinta) dias após a rescisão do contrato, ficando a **CONTRATANTE** após esse prazo, sujeita à processo de cobrança, de acordo com as condições contratuais e legislação vigente, bem como a imediata inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito.
- 17.7 A **CONTRATADA** se reserva no direito de incluir o nome da **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato, sem prejuízo de requerer judicial ou extrajudicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.
- 17.8 A não concordância por parte do **CONTRATANTE** com o índice de reajuste anual, do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.
- 17.9 É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação Unimed.
- 17.10 A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao (s) beneficiário (s), após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 18.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito os documentos entregues a **CONTRATANTE**, sendo eles: Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, Guia de Leitura Contratual - GLC, o Cartão de Identificação, tabela de reembolso, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, tabela de custos faixa etária e tabela de preços por faixa etária, e anexos eventualmente firmados pelas partes.
- 18.2 Qualquer concessão praticada pela **CONTRATADA** no tocante às coberturas do plano contratado não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela **CONTRATANTE**.
- 18.3 A **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**.
- 18.4 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição do por meio do site www.ans.gov.br.
- 18.5 O **CONTRATANTE** se compromete a informar, por escrito à **CONTRATADA** logo que ocorra mudança ou qualquer alteração nos seus dados cadastrais, quer seja endereço, telefone, nome fantasia, razão social e outros informados por ocasião da assinatura do contrato, ficando assim responsável por qualquer prejuízo que porventura venha a ocorrer em razão de sua desídia.

- 18.6 A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como comunicação a CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto para efeitos de rescisão contratual, em que a notificação deverá ser específica.
- 18.7 A CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.
- 18.8 O **CONTRATANTE** que se sentir prejudicado nos seus direitos contratuais deverá formalizar suas reclamações por escrito à **CONTRATADA** para devida apuração e providências.
- 18.9 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.
- 18.10 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objetos de aditivo ao presente contrato, quando couber.
- 18.11 A CONTRATANTE, pelos beneficiários a ela vinculados, bem como pelos dependentes destes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, assim como informações solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde, desde que resguardadas as normas relativas ao sigilo médico.
- 18.12 A CONTRATANTE, em conformidade a Proposta de Admissão, parte integrante deste contrato, autoriza expressamente o recebimento de notificações por meios tecnológicos adotados pela CONTRATADA, tais como: mensagens SMS, aplicativos de celular, e-mail, cujas notificações serão válidas para todos os fins de direito.
- 18.13 A CONTRATANTE se obriga a enviar para a CONTRATADA as informações cadastrais dos beneficiários e dependentes incluídos neste plano de saúde, comprometendo-se a CONTRATANTE a apresentar cópias dos documentos originais e informações cadastrais atualizadas dos beneficiários, sempre que solicitado pela CONTRATADA.
- 18.14 Os direitos relativos ao presente contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.
- 18.15 A CONTRATANTE responsabiliza pela exatidão e atualização das informações cadastrais dos beneficiários e dependentes pertencentes ao plano de saúde.
- 18.16 Para fins de cumprimento do disposto neste instrumento a CONTRATANTE poderá encaminhar para a CONTRATADA as informações cadastrais digitalizadas.
- 18.17 Para fins de cumprimento de prazos para apresentação de defesa nos processos de ressarcimento ao SUS quando o beneficiário da CONTRATANTE utiliza os serviços da rede pública de saúde e a CONTRATADA receber a cobrança, a CONTRATANTE obriga-se a encaminhar, dentro dos prazos estabelecidos pela CONTRATADA,

informações e documentos complementares para fins de instrução do processo administrativo.

18.18 Fazem parte do CONTRATO os anexos e demais documentos entregues a CONTRATANTE.

CLÁUSULA XXI- ELEIÇÃO DO FORO

As partes elegem o foro da sede da **CONTRATANTE** para solucionar quaisquer dúvidas ou controvérsias originadas deste contrato, renunciando expressamente, a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Imperatriz/MA, _____ de _____ de 202_____

UNIMED MARANHAO DO SUL

CONTRATANTE

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2



GLOSSÁRIO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA – Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário. Notas: i) Essa cobertura pode ser, nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. ii) É obrigatório constar no contrato firmado com o beneficiário, de forma clara, a especificação da área de abrangência e da área de atuação do plano.

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

ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA PROFISSIONAL – Qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.

AGRAVO DE CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA– Acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária. Nota: o acréscimo garante a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças ou lesões preexistentes alegadas, desde que cumpridos os prazos de carência contratual.

AMBULATÓRIO – Estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.

AMBULATORIAL – Atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste Contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandam o apoio de estruturas hospitalares por período superior a doze horas, ou serviço de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandam observações, até o limite de 12 horas, período após o qual o tratamento será entendido como internação.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Notas: i) A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. ii) Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às

suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. iii) Possui sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, RJ.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO – Especificação nominal de estado ou município que compõe as áreas de abrangência geográfica estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. Nota: a especificação dos municípios ou estados onde haverá garantia da cobertura assistencial contratada deve estar disposta no contrato, à exceção dos planos com área de abrangência geográfica nacional.

ATENDIMENTO/INTERNAÇÃO HOSPITALAR – Atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros definidos neste Contrato, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação, exceto o referenciado neste Contrato. Também são entendidos como atendimento hospitalar aqueles caracterizados como urgência/emergência, em regime de internação.

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES – Avaliação realizada pelo médico cooperado, com o objetivo de verificar as condições físicas do beneficiário, e detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes, podendo ser realizados exames, para uma avaliação mais exata da preexistência.

BENEFICIÁRIO – Beneficiário; Consumidor; Consumidor de plano de saúde; Participante de plano privado de assistência à saúde; Segurado; Usuário; Usuário de plano privado de assistência à saúde. Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular.

BENEFICIÁRIO TITULAR – Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

CÁLCULO ATUARIAL – Cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da estabilidade financeira do plano e cálculo das mensalidades.

CARÊNCIA – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Nota: os prazos máximos de carência, segundo a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, são: a) urgência e emergência: 24 horas; b) parto, a partir da 38ª semana de gravidez: 300 dias (o parto que ocorre antes dessa semana gestacional é tratado como um procedimento de urgência); c) demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias): 180 dias.

CARTÃO MAGNÉTICO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO – Documento contendo os dados da identificação do beneficiário, sendo exigida a sua apresentação no ato do atendimento.

COBERTURA ASSISTENCIAL – Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Notas: i) Após a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, a segmentação assistencial é categorizada em: ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; hospitalar sem obstetrícia ou de referência. ii) A cobertura mínima em cada segmentação assistencial é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

COBERTURA ASSISTENCIAL DE REFERÊNCIA – Segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria. Notas: i) Compreendem-se como assistência hospitalar: partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. ii) Esses planos têm a cobertura mínima estabelecida pela Lei n.º 9.656 e garantem atendimento integral às urgências e emergências após 24 horas da contratação.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Notas: i) Para contratos celebrados a partir da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, não há limite de tempo de internação, sendo garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto. ii) A cobertura assistencial mínima é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA – Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, com exceção da atenção ao parto, e os procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Notas: i) Para contratos celebrados a partir da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, não há limite de tempo de internação, do contratante e de seus dependentes. ii) A cobertura assistencial mínima é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de

alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA – Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL E FAMILIAR – Instrumento jurídico firmado legalmente entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa física para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar.

COOPERATIVA MÉDICA – Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – Formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal informa as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA – Processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o beneficiário a tratamento médico.

DOENÇAS OU LESÕES PREEEXISTENTES – Enfermidade e/ou patologia que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Notas: i) No ato da contratação, o beneficiário fica obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado por meio da declaração de saúde, as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador. ii) A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar a suspensão ou rescisão do contrato após o julgamento por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

EMERGÊNCIA – Situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Nota: no caso da saúde suplementar, a assistência será garantida de acordo com a segmentação contratada e o tempo de carência já cumprido. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de procedimentos de emergência, limitada até as primeiras 12 horas do atendimento. O plano hospitalar deverá oferecer cobertura para internação, desde a admissão do beneficiário até a sua alta. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de morte, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora. O plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverá garantir os atendimentos de emergência quando se referirem ao processo gestacional. Nesses

planos, em período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial. O plano referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para emergência. Nos planos hospitalares e no plano referência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para plano ambulatorial.

EVENTO – Conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do Beneficiário ou de seus Dependentes, em decorrência de acidentes ou doenças, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do beneficiário, ou com a sua morte.

EXCLUSÃO DE COBERTURA ASSISTENCIAL – Situação na qual, de acordo com a legislação e o contrato, procedimentos de saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

FRANQUIA – Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. Nota: a franquia é paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviço.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA – É aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

MÉDICO COOPERADO – Médico sócio de uma Cooperativa Médica – UNIMED.

MORTE ACIDENTAL – Falecimento decorrente de evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário e violento.

MORTE NATURAL – Falecimento espontâneo, de forma lenta, não violenta e sem participação de agente externo.

OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

PLANO AMBULATORIAL – Plano privado de assistência à saúde que compreende os atendimentos e procedimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos. Nota: não inclui 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 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, unidade de tratamento intensivo (UTI), centro de tratamento intensivo (Cetin) e similares.

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – Plano privado de assistência à saúde que compreende a cobertura assistencial no segmento hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e a cobertura do recém-nascido, bem como o direito de sua inclusão no plano sem cumprimento de carências. Nota: o plano hospitalar com obstetrícia garante também a cobertura da assistência do recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida, bem como sua inscrição no plano, como dependente, isento do cumprimento de carências desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

PLANO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA – Plano privado de assistência à saúde que compreende o atendimento em unidade hospitalar, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso II do artigo 5.º, da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) n.º 10, publicada no DOU n.º 211, de 4 de novembro de 1998, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica do Consu sobre urgência e emergência.

PROPOSTA DE ADMISSÃO – Documento integrante e complementar das condições pactuadas no Contrato de Prestação de Serviços, contendo as assinaturas do CONTRATANTE e do Diretor da UNIMED.

REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

REEMBOLSO DE DESPESA ASSISTENCIAL – Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE – Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde contratado. Notas: i) Atualizado e publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), lista os procedimentos obrigatórios para os planos contratados após 2 de janeiro de 1999 e para os planos adaptados à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

URGÊNCIA – Evento decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

USUÁRIOS – Todas as pessoas incluídas no Contrato que poderão usufruir da cobertura assistencial pactuada.

