

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

1.1 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 e classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Rua Ceará, 701 – Centro, Imperatriz/MA, doravante denominada **CONTRATADA**.

1.2 Qualificação do CONTRATANTE

De outro lado, _____, filho de _____ e _____, nascido no dia _____, inscrito no cadastro de pessoa física sob o nº _____, Identidade nº _____, órgão emissor, residente na _____, doravante designado **CONTRATANTE**.

1.3 Qualificação do Titular

De outro lado, _____, filho de _____ e _____, nascido no dia _____, inscrito no cadastro de pessoa física sob o nº _____, Identidade nº _____, órgão emissor, residente na _____, doravante designado **TITULAR**.

CLÁUSULA II – DEFINIÇÃO DO PLANO

2.1 Nome Comercial e nº de Registro do Plano na ANS

Este plano é denominado comercialmente de **UNIPART - I E – Coparticipativo**

Registro na ANS nº 486.930/20-3

2.2 Tipo de Contratação

Este plano é de contratação Individual/familiar.

2.3 Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

Segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

2.4 Fator moderador

Com coparticipação

2.5 Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

A área geográfica de abrangência do plano contratado é Municipal, ou seja, no município de **Imperatriz/MA**.

2.6 Área de Atuação do Plano de Saúde: Imperatriz/MA

2.7 Padrão de Acomodação em Internação

a) Acomodação Coletiva (enfermaria)

b) No caso de acomodação coletiva, quando comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Contrato, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

2.8 Formação do Preço

Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.

2.9 Plano opera como Livre escolha: NÃO

2.10 Coberturas adicionais: não há

CLÁUSULA III - ATRIBUTOS DO CONTRATO

3.1 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 no inciso I, do art.1º, da 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, **e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.**

3.2 O presente contrato de adesão 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.

3.3 A proposta de admissão é parte integrante deste contrato.

CLÁUSULA IV – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

4.1 São beneficiários deste contrato o CONTRATANTE, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Admissão ou posteriormente à

celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes. Consideram-se Dependentes do Beneficiário Titular:

- a) Cônjuge
- b) Companheiro (a), desde que comprovada união estável através de Escritura Pública;
- c) Filhos (as) e/ou enteados (as), até 18 (dezoito) anos ou qualquer idade, quando incapacitados física e/ou mentalmente para o trabalho;
- d) Filhos (as) e/ou enteados (as) universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- e) Tutelados e os menores sob guarda;

4.2 Será considerado beneficiário deste Plano, com todos os direitos, obrigações e responsabilidades declarados neste contrato todo o proponente que:

4.3. Preencher e assinar a Proposta de Admissão ou que seja inscrito pelo Beneficiário Titular como seu Dependente.

4.4. Preencher e assinar uma Declaração de Saúde com orientação de médico durante a Entrevista Qualificada.

4.5. Que realizar quaisquer exames pré admissionais que forem solicitados, se for o caso.

4.6. Que tiver seu processo de adesão executado por completo.

5. A Declaração de Saúde é individual, devendo cada proponente preencher a sua seguindo a orientação de um médico, independente de ser candidato a Beneficiário Titular ou Beneficiário Dependente, sendo no caso de menores de idade preenchida por seu representante legal.

6. O direito de um Beneficiário dependente em aderir e permanecer no plano está diretamente vinculado à adesão e permanência por parte de um Beneficiário titular.

7. Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite ou ao perderem a condição de dependentes, terão o direito de ingressar em outro Plano Individual/Familiar, sendo válidas para o novo plano as carências já cumpridas no que se refere aos benefícios já adquiridos, bem como terá mensalidade de acordo com a tabela de preços vigente à época da nova contratação. Caso contrário, terão sua inscrição cancelada.

8. Cada proponente a Beneficiário Titular deste Plano deve preencher uma Proposta de Admissão incluindo nesta o nome de todas as pessoas às quais pretende colocar na qualidade de Beneficiário Dependente, ler as declarações ali constantes e assiná-la de próprio punho.

9. É da responsabilidade do proponente a Beneficiário Titular ou seu responsável o fornecimento à Unimed a documentação necessária à comprovação da habilitação de Beneficiários Dependentes.

10. Apenas os Beneficiários Dependentes formalmente inscritos serão reconhecidos como tais e farão jus à assistência à saúde contratada.

11. Havendo necessidade de qualquer alteração de Beneficiários Dependentes a mesma deverá ser comunicada por escrito, em formulário próprio, com a maior brevidade possível.

12. - No momento da adesão o Beneficiário Titular tomará conhecimento de que está contratando um Plano de Assistência à Saúde ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, de contratação individual ou familiar, com abrangência municipal, COPARTICIPATIVO, com o padrão de acomodação ENFERMARIA, ficando a área de abrangência definida como limite para os procedimentos eletivos, bem como os procedimentos de Urgência e/ou Emergência.

13. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário titular adotante, sendo conferido este direito a partir da guarda provisória conferida pelo juízo e extinguindo-se no prazo de trinta dias do deferimento da adoção.

14. 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 ou da adoção (Lei nº 9.656/98 art. 12, III, b).

15. O recém-nascido inscrito dentro dos 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo titular do plano (pai ou mãe).

16. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com o compromisso das obrigações decorrentes. No caso de dependente menor ou incapaz, o ex-titular passará a ser apenas representante contratual dos mesmos (RN 195/2009 art. 3º, § 1º).

17. Os beneficiários obrigam-se, ao buscarem atendimento na rede credenciada, a fornecer à administração do local, juntamente com o documento de identidade, o cartão de identificação em vigor, emitido pela UNIMED MARANHÃO DO SUL, e que lhe será entregue em formato digital após a contratação, estando disponível ainda no aplicativo da UNIMED MARANHÃO DO SUL. Caso o beneficiário opte pela emissão do cartão físico, este tem o custo de R\$5,00 (cinco reais), valor que será cobrado em conjunto com a primeira mensalidade."

CLÁUSULA V – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1 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.**

a) A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação.

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

5.2. 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:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia ambulatorial;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- Hemoterapia ambulatorial;
- 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.

5.3. 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:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

l) 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;

m) Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

n) 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.

o) 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 30% (trinta por cento) sendo que o percentual obedecerá ao normativo da ANS vigente a época da contratação, nas internações.

p) 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.



q) Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

r) 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.

s) 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.

t) **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);

u) 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.

v) 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 VI – EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1 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:**

- 1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- 2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- 3. Inseminação artificial;**

4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
8. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
10. 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;
11. Consultas domiciliares;
12. Embora façam parte da rede credenciada de outras cooperativas do Sistema Nacional Unimed, os hospitais de tabela própria não estão incluídos na cobertura deste contrato.
13. **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 VII – DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. O contrato terá duração mínima de 01 (um) ano, sendo considerada para início de vigência contratual a data da assinatura deste contrato, ou a data de assinatura da proposta de adesão, ou a data do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de modo que não se prolonguem os períodos de carência. O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

CLÁUSULA VIII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1 As coberturas garantidas pela **CONTRATADA** somente terão efeito após decorridos os seguintes períodos de carências, contados a partir do início de vigência do plano contratado:

- a) 24 horas para casos de emergência e urgência;
- b) 60 (sessenta) dias para os casos de consultas e exames ambulatoriais de rotina (laboratoriais e raios-x simples);
- c) 180 dias para demais procedimentos.
- d) 300 dias para partos a termo;
- e) 24 (vinte e quatro) meses para o tratamento de doenças e lesões pré-existentes.

8.2 No caso de mudança, sem interrupção das obrigações contratuais, será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou

serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, ou acesso a melhor padrão de acomodação ou, ainda, quando for ampliada a área de abrangência geográfica do contrato.

CLÁUSULA IX – DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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

I - 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.

II - 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.

9.2 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).

9.3 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.

9.4 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.

9.5 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.

9.6 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.

9.7 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.

9.8 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.

9.9 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.

9.10 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.

9.11 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.

9.12. Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

9.13. 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.

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

9.15. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

9.16. 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.

9.17. A CONTRATADA observará o disposto no art. 16, § 3º da RN 162/2007 ou outra norma que vier a substituir o referido dispositivo.

CLÁUSULA X – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1 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.

10.2 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.

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

10.4 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.

10.5 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.

10.6 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 limitadas as primeiras 12 horas de atendimento ou até a necessidade de internação.

10.7 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.

10.8. Remoção:



10.8.1 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.

10.8.2 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.

10.8.3 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.

10.8.4 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.

10.8.5 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.

10.8.6 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.

10.9. Reembolso:

10.9.1 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);

10.9.2 As despesas serão reembolsadas de acordo com **a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA**.

10.9.3 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano a partir do atendimento, para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:

- a) Relatório do médico assistente declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) Recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.

10.9.4 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de entrega da documentação completa na sede da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XI – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Este contrato não prevê acesso à livre escolha.

CLÁUSULA XII – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1 Os atendimentos serão prestados exclusivamente na rede da **CONTRATADA**, a qual disponibilizará no seu sítio eletrônico (www.unimedimperatriz.com.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).

12.2 A **CONTRATADA** fornecerá aos beneficiários o cartão **DIGITAL** individual de identificação através do APP **UNIMED CLIENTE** 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.

12.3. Os serviços e outros atendimentos, objetos da contratação, serão prestados unicamente aos beneficiários inscritos, desde que portadores do cartão **DIGITAL** do plano e documento pessoal de identificação.

12.4 Caso o **CONTRATANTE** tiver interesse no **CARTÃO MAGNÉTICO** terá que solicitar através do atendimento ao cliente a emissão. No qual essa solicitação será mediante pagamento da taxa vigente a época constante da proposta de admissão parte integrante deste contrato que irá ser cobrado na fatura seguinte junto a mensalidade

12.5 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, sendo certo que será cobrado o valor correspondente a R\$10,00 (dez reais).

12.6. 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.

a) 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.

12.6 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.

12.7 Coparticipação

- 12.7.1 Entende-se por COPARTICIPAÇÃO o valor pecuniário calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas dos serviços prestados aos usuários, que o **CONTRATANTE** se obriga a pagar à **CONTRATADA**.
- 12.7.2 Os percentuais de coparticipação, para cada procedimento, estão dispostos na TABELA ABAIXO:

ITEM	COPARTICIPAÇÃO
CONSULTAS EM PS	40%
CONSULTAS ELETIVAS	20%
EXAMES GRUPO 1 (ESPECIAIS)	20%
EXAMES GRUPO 2 (SIMPLES)	20%
TERAPIAS GRUPO 1 (ESPECIAIS)	0%
TERAPIAS GRUPO 2 (SIMPLES)	20%
Internação clínica (por internação) – Plano Acomodação ENFERMARIA	R\$ 150,00

- 12.7.3 Fica vedado estabelecer em casos de internação, percentual de coparticipação POR EVENTO (Ex.: exames, procedimentos, medicamentos e dentre outros), com exceção das definições específicas em saúde mental. Fica autorizada à **CONTRATADA** cobrar do **CONTRATANTE** os valores correspondentes as **DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO**, ou seja, a **COPARTICIPAÇÃO** referente às diárias de internação, conforme disposto na Tabela acima.
- 12.7.4 Ressalta-se que a cobrança dos valores concernentes à coparticipação poderá ocorrer em média até 90 (noventa) dias da data do atendimento, em função dos processos de faturamento e controle da **CONTRATADA**.
- 12.7.5 Será de responsabilidade do **CONTRATANTE**, o pagamento da coparticipação pactuada, dos procedimentos realizados, juntamente com a mensalidade, conforme procedimento de cobrança especificado acima.
- 12.7.6 Os **USUÁRIOS** dos planos de coparticipação que forem excluídos ou que pedirem cancelamento de seus planos, obrigam-se ao pagamento dos valores correspondentes à coparticipação de procedimentos realizados anteriores à

exclusão ou cancelamento, os quais estava em processo de faturamento pela CONTRATADA.

12.8 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.

12.9 Nos procedimentos que exigem autorização prévia, fica garantido pela CONTRATADA o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

12.10 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**.

12.11 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.

12.12 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.

12.13 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.

12.14 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.

12.15 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).

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

12.17. 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 XIII – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

13.2 O valor da mensalidade devida pelo Beneficiário será discriminado em boleto emitido mensalmente, sendo que os pagamentos deverão ser feitos de acordo com o vencimento definido na Proposta de Admissão.

13.3 O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança **NÃO** desobriga os Beneficiários de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

13.4 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

13.5 A quitação de contraprestações pecuniárias mensais não quita débitos anteriores.

13.6 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.

13.7 O CONTRATANTE reconhece que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a CONTRATADA proceder a sua cobrança por execução judicial, nos termos do Código de Processo Civil vigente, sem prejuízo das demais sanções previstas neste Contrato.

CLÁUSULA XIV – REAJUSTE

14.1 As contraprestações pecuniárias **SERÃO REAJUSTADAS ANUALMENTE**, na data de aniversário do contrato, e observará o índice AUTORIZADO pela Agência Nacional de Saúde Suplementar –ANS.

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

CLÁUSULA XV – FAIXAS ETÁRIAS

15.1 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	30,42%
24-28	24,05%
29-33	10,13%
34-38	14,42%
39-43	22,58%
44-48	20,36%
49-53	17,31%
54-58	22,84%
59 +	19,42%

15.2 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.

15.3 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.**

15.4 Sendo certo que o percentual de variação em cada mudança de faixa etária obedecerá às dez faixas etárias, observando as seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada entre a sétima e a décima não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.

15.5 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.**

CLÁUSULA XVI- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 Os Beneficiários Dependentes serão excluídos do presente contrato nas seguintes hipóteses:

- Quando perder a condição de dependente prevista no contrato;
- Quando o Beneficiário Titular solicitar por escrito a sua exclusão, desde que a mesma não seja obrigatória por lei;
- Em caso de fraude devidamente comprovada.

16.2 **A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.**

16.3 O disposto anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

CLÁUSULA XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1 Este contrato poderá ser rescindido, unilateralmente pela CONTRATADA nos seguintes casos:

- A) Em caso de fraude devidamente comprovada;
- B) 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**, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente avisado até o 50º dia de inadimplência;

17.2 Caso este contrato seja rescindido antes de completada a vigência inicial de 12 (doze) meses, fica estabelecida multa de 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

17.3 CASO O CONTRATANTE DESEJE CANCELAR O CONTRATO, DEVERÁ COMUNICAR, A CONTRATADA ATRAVÉS DOS CANAIS DE COMUNICAÇÃO DISPONIBILIZADOS, ESTANDO CIENTE QUE O CANCELAMENTO OCORRERÁ DE IMEDIATO, NOS TERMOS DA RN 412/2016.

CLÁUSULA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a 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, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário.

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 pelo **CONTRATANTE**.

18.3 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, número de documentos pessoais 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.**

18.4 O **CONTRATANTE** que se sentir prejudicado nos seus direitos contratuais deverá formalizar suas reclamações à **CONTRATADA** para providências.

18.5 Os direitos relativos ao presente contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.

18.6 A partir da entrega da documentação, pela CONTRATANTE, a CONTRATADA será responsável pela sua guarda e utilização.

18.7 A CONTRATADA compromete-se, enquanto operadora de dados (art. 5º, VII, da Lei 13.709/18), a realizar, em nome do CONTRATANTE, o tratamento dos dados de que trata o item 19.6 exclusivamente para fim de cumprir o objeto deste contrato, conforme estabelece o art. 6º, I, da Lei 13.709/18 (LGPD).

18.7 Fazem parte do CONTRATO os anexos e demais documentos entregues a CONTRATANTE;

CLÁUSULA XIX – ELEIÇÃO DO FORO

19.1 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.

19.2 E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

_____ de _____ de _____

UNIMED MARANHAO DO SUL – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CONTRATANTE

Testemunhas:

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____



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 n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO – Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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 PREEXISTENTES – 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.

