



INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Contratação Coletiva Empresarial

CONTRATO Nº

Razão Social: Fundação Casa Da Cultura de Marabá

Nome Fantasia: Fundação Casa Da Cultura de Marabá

Município de Atuação: Marabá-PA

TÍTULO I - DAS PARTES CONTRATANTES

Cláusula 1ª - Celebra o presente instrumento jurídico, na qualidade de CONTRATANTE, a pessoa jurídica abaixo qualificada:

RAZÃO SOCIAL DO CONTRATANTE (EMPRESA)
Fundação Casa Da Cultura De Marabá
NOME FANTASIA (EMPRESA)
Fundação Casa Da Cultura de Marabá

Endereço	Nº		
Folha 31, Quadra Especial, Lote 01	S/N		
Bairro	CEP		
Nova Marabá	68501-535		
FONE	FAX		
(94) 3322-4176	-		
Município	UF		
Marabá	PA		
E-mail			
fccm.convenios@gmail.com			
CNPJ/CEI	Código de Atividade	Insc. Estadual	Insc. Municipal
22.936.439/0001-63	94.30-8-00	Isento	Isento

QUALIFICAÇÕES DA PESSOA QUE ASSINA PELA CONTRATANTE				
Representante				
Noé Carlos Barbosa Von Atzingen				
Nome da Mãe				
Inácia Barbosa Von Atzingen				
Cargo na empresa	Profissão	FONE		
Presidente	-	(94) 3322-4176		
RG	Órgão Emissor/UF	CPF	Nacionalidade	Estado Civil
2301337	PC/PA	524.174.258-15	Brasileiro	Solteiro

EMPRESA / CONTRATANTE



Cláusula 2ª - Celebra o presente instrumento na qualidade de CONTRATADA, a operadora abaixo qualificada:

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA	
UNIMED SUL DO PARA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	
REGISTRO NA ANS: nº 366145	

Endereço	Nº
Rua Sol Poente	2190
Bairro	CEP
Cidade Nova	68501-670
FONE	FAX
(94) 2103-8500	(94) 2103-8500
Município	UF
Marabá	PA
CGC/CNPJ	Insc. Est.
14.112.023/0001-00	Isento

QUALIFICAÇÕES DAS PESSOAS QUE ASSINAM PELA CONTRATADA				
Representante		Cargo na empresa		Profissão
Jorge Bichara Neto		Diretor Presidente		Médico
RG	Órgão Emissor/UF	CPF	Nacionalidade	Estado Civil
6411063	PC/PA	008.136.992-15	Brasileiro	Casado
Representante		Cargo na empresa		Profissão
Juarez Dias Brito		Diretor Administrativo		Médico
RG	Órgão Emissor/UF	CPF	Nacionalidade	Estado Civil
200596	SSP/PA	047.732.412-68	Brasileiro	Casado

OPERADORA/CONTRATADA

TÍTULO II - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Cláusula 3ª - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médico vigente instituído pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Cláusula 4ª - O presente contrato é coletivo empresarial, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 5ª - A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Parágrafo único: Este Contrato Coletivo Empresarial, oferece Padrão de Acomodação Individual, cuja área de abrangência é compreendida por Grupo de Municípios, respeitados os recursos próprios ou credenciados, disponibilizados pela CONTRATADA. Os municípios que fazem parte da área de abrangência geográfica deste contrato, todos localizados no Estado do Pará, são os seguintes: Abel Figueiredo, Agua Azul do Norte, Anapú, Bannach, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Breu Branco, Canaã dos Carajás, Conceição do Araguaia, Cumarú do Norte, Curionópolis, Dom Eliseu, Eldorado dos Carajás, Floresta do Araguaia, Goianésia do Pará, Ipixuna do Pará, Itupiranga, Jacundá, Marabá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento, Ourilândia do Norte, Pacajá, Palestina do Pará, Paragominas, Parauapebas, Pau D'Arco, Piçarra, Redenção, Rio Maria, Rondon do Pará, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Domingos do Araguaia, São Felix do Xingu, São João do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, Sapucaia, Tailândia, Tucumã, Tucuruí, Ulianópolis, Xinguara.

Cláusula 6ª - Por meio deste contrato a CONTRATANTE opta ente os planos de CONTRATAÇÃO COLETIVA, pelo seguinte produto da CONTRATADA, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme especificações abaixo:

Número de Registro do Produto na ANS	463.361/10-0
Nome Comercial	Unifácil Empresarial
Segmentação Assistencial	Ambulatorial+ Hospitalar com Obstetrícia
Área de Abrangência	Grupo de Municípios
Padrão de acomodação em Internação	Enfermaria
Fator Moderador	Com Coparticipação
Com Vínculo Empregatício do Beneficiário	Ativo e Inativo

a) Formação de preço: Pré-estabelecido.

b) Participação da contratante: Com patrocínio.

§ 1º. Além do produto registrado acima identificado, a CONTRATANTE opta pela contratação do(s) seguinte(s) serviço(s) ou cobertura(s) adicional(is) oferecido(s) pela CONTRATADA, de forma autônoma (não se trata de aditivo ao(s) contrato(s) de plano(s) privado(s) de assistência à saúde):

a) Transporte Aeromédico;

§ 2ª - O usuário que optar pela mudança de produto, somente poderá fazer nova mudança após o intervalo de 12 (doze) meses.

Cláusula 7ª - A CONTRATANTE compromete-se a incluir no prazo de 30 (trinta) dias contados do início da vigência contratual, a quantidade mínima negociada de 53 (Cinquenta e três) beneficiários, tendo em vista que todo o cálculo atuarial dos preços relacionados neste instrumento foi feito com base no número mínimo de participantes.

Cláusula 8ª - A CONTRATANTE declara que lhe foi ofertado o Plano Referência, porém, por sua livre iniciativa, não o contratou, preferindo contratar os produtos relacionados neste instrumento de comercialização.

TÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÕES

Cláusula 9ª - Quando houver redução de usuários no contrato, em que o número total de ativos para manutenção deste contrato fique inferior à informada no contrato de comercialização, os preços poderão ser reajustados.

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Cláusula 10ª - Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Cláusula 11ª - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

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, de 1998;

IV - Os agentes políticos;

V - Os trabalhadores temporários;

VI - Os estagiários e menores aprendizes;

VII - O grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§ 1º. Este contrato destina-se a usuários COM VINCULO EMPREGATÍCIO ATIVO E INATIVO junto a CONTRATANTE.

§ 2º. A inscrição dos Beneficiários Titulares fica condicionada a apresentação da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a saber:

- a) Cópia do RG, CPF e RIC;
- b) Cópia de comprovante de residência em nome do titular;
- c) Comprovante de vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica CONTRATANTE.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Cláusula 12ª - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo e respeitando os períodos de movimentações cadastrais, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda, por força de decisão judicial;

e) os filhos comprovadamente inválidos;

Cláusula 13ª - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

Cláusula 14ª - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Cláusula 15ª - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Parágrafo único. A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada a apresentação da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da ANS, a saber:

a) O cônjuge: Cópia do RG, CPF, RIC e Certidão de Casamento;

b) O companheiro: Cópia do RG, CPF, RIC, reconhecimento de União Estável através de Escritura Pública ou por decisão judicial;

c) Os filhos e enteados menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento;

d) Os filhos com até 24 anos, se estudantes universitários: Cópia da Certidão de Nascimento e cópia do comprovante de matrícula;

e) Os filhos adotivos, tutelados e/ou menores sob guarda: Cópia da decisão judicial.

c) Comprovante de vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica CONTRATANTE.

CAPÍTULO III - DOS AGREGADOS

Cláusula 16ª - De acordo com as condições negociadas, não poderão ser admitidas outras pessoas indicadas pelo usuário titular, na qualidade de usuários agregados.

Cláusula 17ª - Entende-se por agregados, os filhos maiores ou a eles equiparados, o pai e a mãe e o sogro e a sogra.

§1º. É vedada a inclusão de agregados no contrato, SALVO se for estabelecida negociação à parte, prevista em aditivo contratual.

§2º. Os agregados também poderão ser inseridos em outro produto devidamente registrado na ANS, conforme negociação das partes.

CAPÍTULO IV - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I - DA INCLUSÃO

Cláusula 18ª - A CONTRATANTE é obrigada a fornecer, em formulário cadastral fornecido pela CONTRATADA, a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, sendo um formulário para cada titular com ou sem dependentes, assinado por este(s) e a CONTRATANTE, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, em formulário cadastral fornecido pela CONTRATADA, em até 15 (quinze) dias antes da data de vencimento estabelecida neste contrato, as inclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

§3º. Os usuários inscritos terão direito aos serviços de acordo com as coberturas contratuais a partir do pagamento da 1º mensalidade, obedecendo-se os prazos mencionados no §1º.

§4º. As cobranças referentes aos valores devidos sempre serão integrais, independente da data da realização da inclusão ou exclusão.

Cláusula 19ª - Ficará a critério da CONTRATADA solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

Cláusula 20ª - É assegurada a inclusão, de acordo com os prazos de carência expressos no contrato de comercialização, quando for o caso:

I - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

- a) A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- b) A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
- c) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde;

II - O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

III - A inscrição do recém-nascido, na forma dos incisos I e II desta Cláusula, pelo dependente de plano privado de assistência a saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, em planos coletivos, observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

IV - O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

V - O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

VI - Em planos coletivos, a inscrição de dependente prevista nos incisos IV e V desta Cláusula observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

VII - Do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

VIII - Dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos eventuais prazos de carência estabelecidos no contrato de comercialização, para os usuários inscritos inicialmente no contrato,

desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.

§ 1º. Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias na forma do caput, incisos I e II, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

- a) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
- b) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário;

§ 2º. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
- c) na hipótese de menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada;

§ 3º. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, os novos usuários cumprirão os períodos de carências expresso no contrato de comercialização.

SEÇÃO II - DA EXCLUSÃO

Cláusula 21ª - O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

Parágrafo único. A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Cláusula 22ª - Ao tomar conhecimento através de provas documentais idôneas e testemunhais ou através de declarações do próprio titular ou dependentes, da falta das condições exigidas para inscrição



como beneficiário, serão excluídos automaticamente deste contrato as usuários titulares e/ou dependentes sem comunicação prévia a CONTRATANTE, que receberá posteriormente esclarecimentos dos fatos.

Cláusula 23ª - Os dependentes filhos do titular, ao perderem a condição de dependência segundo este contrato, aproveitarão as carências já cumpridas, caso migrarem para qualquer Plano Individual/Familiar da CONTRATADA, cuja mensalidade será cobrada segundo a tabela de comercialização do Plano escolhido, vigente na época.

Parágrafo único. O usuário deverá optar pela manutenção de benefício previsto nesta Cláusula, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento ou perda da condição de dependência.

Cláusula 24ª - A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, em formulário cadastral fornecido pela CONTRATADA, em até 15 (quinze) dias antes da data de vencimento estabelecida neste contrato, as exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

TÍTULO IV - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 25ª - A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde CID-10, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde, no que se aplicam ao Plano.

Cláusula 26ª - Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.

Cláusula 27ª - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Cláusula 28ª - Os atendimentos, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica estabelecida no presente contrato, serão assegurados independentemente do local de origem do evento.

Cláusula 29ª - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes coberturas:

- I - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- II - Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- III - Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV - Diária de internação hospitalar, na acomodação contratada, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- V - Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; VI
- Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- VII - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- VIII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- IX - Acidentes de trabalho e suas consequências, bem como doenças ocupacionais;
- X - Remoções aeromédica Inter-Hospitalar dentro da abrangência e em caráter emergencial ao Plano Saúde contratado, ou seja, transporte aeromédico, devidamente equipadas, homologadas pelo Departamento de Aviação Civil - DAC, órgão regulador da atividade do Comando da Aeronáutica, obedecida às normas éticas e legais que regem o serviço, e de acordo com a avaliação e prescrição de médico cooperado/assistente da CONTRATADA;
- XI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XII - Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XIII - Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição enteral e parenteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia;

XIV - Cirurgias buco-maxilo-faciais 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;

XV - 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.

XVI - Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

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

XVIII - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIX - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) O custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) A cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 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 CID-10.

Cláusula 30ª - É garantida a cobertura de transplantes de córnea, rim e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos.

I - Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

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

II - O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

Cláusula 31ª - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério e inclui:

- a) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- b) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.
- c) Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

TÍTULO V - EXCLUSÃO DE COBERTURAS

Cláusula 32ª - Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, as Resoluções 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:

I - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais que:

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

Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

III - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

IV - Cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilícitos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

V - Cirurgias para mudança de sexo;

VI - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

VII - Despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal diversos dos disponibilizados pela entidade hospitalar, serviços telefônicos, alimentação diversa da ofertada na dieta da entidade hospitalar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

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

IX - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

X - Inseminação artificial entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos (germinativas femininas) e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

XI - Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XII - Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

XIII - Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

XIV - Aplicação de vacinas preventivas;

XV - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XVI - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese é entendida como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, Órtese é entendido como qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XVII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVIII - Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XIX - Remoção domiciliar;

XX - Transplantes, exceto os de córnea e rim, e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XXI - Tratamentos em clínicas de emagrecimento/SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXIII - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXIV - Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

XXV - Remoções fora da área de abrangência geográfica deste contrato, ou sem determinação do médico cooperado/assistente;

XXVI - Exames admissionais, demissionais, periódicos, e quaisquer outros relacionados à saúde ocupacional.

XXVII - Atendimentos prestados antes do início do período de vigência deste contrato ou do cumprimento das carências;

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

§1º: Ocorrendo a hipótese prevista no inciso VII desta Cláusula, tais despesas extraordinárias deverão ser pagas diretamente ao estabelecimento pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pela CONTRATADA.

§ 2º: A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

TÍTULO VI - DURAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 33ª - O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, sendo seu início a partir da assinatura do contrato.

Cláusula 34ª - Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por prazo indeterminado sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

TÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 35ª - Os prazos de carência serão contados a partir da data de inclusão dos usuários no presente contrato, sendo assim especificados:

EVENTOS	CARÊNCIA
Atendimentos em Pronto-Socorro - Decorrentes de Urgência e Emergência, Acidente de Trabalho.	24 horas
Consultas eletivas, psiquiátricas, obstétricas e Acidente de Trabalho.	30 dias
Procedimentos Básicos (Exames de laboratórios, exame anatomopatológicos e Citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, Eletrocardiograma.)	30 dias
Procedimentos Especiais (Exames de imagem de alta complexidade (ressonâncias magnética), Tomografia computadorizada, densitometria óssea, endoscopia. Digestiva alta/ colonoscopia, eletromiografia, medicina nuclear)	180 dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas e Psiquiátricas.	180 dias
Internações Obstétricas e Assistência ao Parto	300 dias
Cirurgia, Internação e Tratamento de Doenças e Lesões Pré-existentes.	720 dias

§ 1º. Ficam isentos do cumprimento dos períodos de carência especificados no instrumento de comercialização os beneficiários inscritos nos seguintes períodos:

- a) Na contratação: os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato.
- b) A cada aniversário de contrato: os beneficiários titulares que formalizarem o ingresso no plano em até 30 (trinta) dias após o aniversário do contrato, desde que a vinculação a pessoa jurídica contratante tenha sido efetivada dentro de 11 (onze) meses que antecedem cada aniversário de contrato. A isenção é extensiva aos dependentes que forem inscritos na mesma data do titular.

§ 2ª. A beneficiária do plano de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem a garantia de cobertura do parto a termo e a internação dela decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.

§ 3^a. No que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, deve-se observar o seguinte:

- a) caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente tem a cobertura integral garantida;
- b) caso a beneficiária ainda esteja cumprido o prazo máximo de carência de 180 (cento e oitenta) dias:
 - b.1) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;
 - b.2) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
 - b.3) ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da CONTRATADA;
 - b.4) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre prestador de serviços e a beneficiária;

§ 4^a. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para o parto.

Cláusula 36^a - Os serviços contratados serão prestados da inclusão dos associados regularmente inscritos após o cumprimento das carências.

Cláusula 37^a - Qualquer inclusão realizada após 30 (trinta) dias da data de início da inscrição do usuário deste contrato, estará automaticamente sujeita às carências descritas no instrumento de comercialização, a contar da respectiva data de efetivação, salvo as exceções previstas no presente contrato.

Cláusula 38^a - As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de cumprimento de carência serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

Parágrafo Único. As inclusões de novos empregados e seus dependentes solicitadas posteriormente, ao longo da vigência deste contrato, deverá ser solicitada dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de ADMISSÃO do empregado na CONTRATANTE, sem necessidade do cumprimento de carências, sob pena do cumprimento integral de todas as carências estabelecidas neste Título, estando reservado a CONTRATADA o direito de exigir comprovação.

Cláusula 39^a - Não será exigida carência quando houver 30 (trinta) beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário, desde que solicitada à inclusão no prazo de 30 (trinta) dias de admissão.

Cláusula 40^a - Para mudança de produto, o beneficiário deverá cumprir as carências abaixo indicadas, relativas, se houver, aos novos serviços, nova acomodação ou novos prestadores:

- a) 300 (trezentos) dias: partos a termo;
- b) 180 (cento e oitenta) dias: quaisquer outras internações;

TÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula 41^a - Os beneficiários titulares e dependentes deverão preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde (um para cada beneficiário) onde devem informar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam serem portadores à época da assinatura ao presente contrato, sob pena de caracterizar-se fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo único. No preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário tem direito de fazer entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir ônus financeiro da entrevista.

Cláusula 42^a - Doenças ou Lesões Preexistentes são 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 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Cláusula 43^a - 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.

§ 1º. Com base na avaliação das Declarações de Saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários a realização de uma avaliação médica por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica.

§ 2º. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma Guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Cláusula 44^a - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente 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.

Cláusula 45ª - 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 ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária, e, facultativamente a opção de agravo a critério da CONTRATADA. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Cláusula 46ª - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Parágrafo único. 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.

Cláusula 47ª - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação mensal paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Cláusula 48ª - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Cláusula 49ª - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Cláusula 50ª - O período de carência, quando houver, para tratamentos de lesões e doenças preexistentes é de 24 (vinte e quatro) meses da data de inclusão do beneficiário, findo o prazo, a cobertura será integral.

Cláusula 51ª - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

Cláusula 52ª - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à



saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 (vinte e quatro) meses da assinatura do contrato ou inclusão ao plano e opcionalmente o Agravado. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude.

Parágrafo único. Após o recebimento da comunicação e recusa dos beneficiários, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação de sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação legal para comprovar a omissão de Doença ou Lesão Preexistente.

Cláusula 53ª - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

Cláusula 54ª - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação pela operadora e a consequente abertura do prazo para manifestação do beneficiário.

Cláusula 55ª - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Cláusula 56ª - Sendo o julgamento final favorável à Operadora, comprovada a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, poderá ser excluído o beneficiário que foi parte no processo administrativo.

§1º. No caso de o excluído ser o titular do plano familiar, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do plano contratado.

§2º. No caso de planos coletivos, somente o beneficiário que foi parte no respectivo processo poderá ser excluído.

§3º. Caso a CONTRATANTE não acate a hipótese de exclusão do beneficiário que incorrerá em fraude, passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, desde a decisão proferida pela Diretoria Colegiada da ANS, publicada, em extrato, no Diário Oficial da União.

Cláusula 57ª - Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Cláusula 58ª - Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (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.

TÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 59^a - Consideram-se casos de:

I - urgência, os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II - emergência, os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Cláusula 60^a - Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário (titular ou dependente conforme o caso) no plano, é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, sendo que nos casos envolvam internação hospitalar, esta é assegurada apenas nas primeiras 12 (doze) horas após a inscrição do beneficiário no plano.

Cláusula 61^a - Quando envolver acordo de Cobertura Parcial Temporária, por Doença Ou Lesão Preexistente, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e relacionados a doenças e lesões preexistentes ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente no período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetue dentro do período de 12 (doze) horas.

CAPÍTULO I - DA REMOÇÃO

Cláusula 62^a - A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

I - na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento;

II - depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais

próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o CONTRATANTE;

III - quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade de remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da CONTRATADA cessará após o efetivo registro do paciente na unidade do Sistema Único de Saúde - SUS;

CAPÍTULO II - DA REMOÇÃO PARA O SUS:

Cláusula 63^a - A remoção do paciente nas hipóteses descritas na Cláusula acima, após a realização dos atendimentos classificados como de urgência e emergência, serão realizados em ambulância com os recursos a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Cláusula 64^a - Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver a remoção por risco de morte ao paciente, CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Cláusula 65^a - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante ao SUS, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO III - DO REEMBOLSO

Cláusula 66^a - Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência a saúde, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratada ou credenciada pelo SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com o limite das obrigações deste contrato, sempre que:

I - o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento; ou

II - se configurar urgência e emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

§ 1º. Haverá reembolso de honorários, de acordo com os valores da Tabela Referência, para os serviços de ANESTESIOLOGIA nas localidades onde os sindicatos ou entidades de classe não permitam o credenciamento destes profissionais junto às empresas de planos de assistência à saúde.

§ 2º. Se o beneficiário optar por utilizar os serviços médicos não cooperados ou não credenciados, mesmo que na localidade exista rede cooperada ou credenciada ao SISTEMA NACIONAL UNIMED, o reembolso será praticado conforme a Tabela deste plano.

Cláusula 67ª - O beneficiário terá o prazo de 120 (cento e vinte) dias para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

Cláusula 68ª - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Cláusula 69ª - A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos 120 (cento e vinte) dias da data do evento.

CAPÍTULO IV - INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NO MUNICÍPIO PERTENCENTE À ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E À ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO.

Cláusula 70ª - Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este;

§ 1º. No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

Cláusula 71ª - Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

Cláusula 72ª - A garantia de transporte prevista nas Cláusulas 59ª e 60ª não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Parágrafo único. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

TÍTULO X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 73ª - Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela contratada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue à CONTRATANTE.



CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Cláusula 74^a - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos e aceitos pela CONTRATADA, após o cumprimento das carências específicas para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

Parágrafo único. Contratada a ampliação da cobertura através dos módulos adicionais, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

Cláusula 75^a - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

CAPÍTULO III - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Cláusula 76^a - A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

Cláusula 77^a - É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

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

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

Cláusula 78^a - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento, quando for o caso, e emissão de segunda via, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços. O cancelamento só terá validade se realizado nas seguintes formas: pessoalmente, via fac-símile, e-mail,



carta registrada, bem como outro meio de transmissão existente, desde que possua o documento comprobatório, em todos os casos citados.

CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Cláusula 79ª - Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Cláusula 80ª - A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

- a) Consultas Médicas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.
- b) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- c) Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA.
- d) Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Nutricionista são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita de médico assistente e apresentação de Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitando o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.
- e) Sessões de Psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita de médico assistente e apresentação de Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitando o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

Cláusula 81ª - Neste ato é entregue à CONTRATANTE pela CONTRATADA o Guia de Serviços de Saúde informando a relação profissionais cooperados/credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos e clínicas,

básicas e especializadas, próprios da CONTRATADA ou por ela credenciados/referenciados, a relação de laboratórios, etc., bem como a relação, com os respectivos endereços e telefones. Tais serviços prestados pela CONTRATADA também estão disponibilizados no site www.unimeduldopara.com.br. Parágrafo único. A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos tramites legais existentes, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/98.

Cláusula 82ª - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

Cláusula 83ª - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Cláusula 84ª - Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Cláusula 85ª - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

Cláusula 86ª - A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

Cláusula 87ª - A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicinais baseadas em evidência.

Cláusula 88ª - É facultada 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.

Cláusula 89ª - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, 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.

Cláusula 90ª - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Cláusula 91ª - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

CAPÍTULO V - COPARTICIPAÇÃO

Cláusula 92ª - A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à CONTRATADA através do CONTRATANTE, após a realização dos procedimentos e nas condições abaixo.

Cláusula 93ª - Após negociação entre as partes contratantes, fica estabelecido o quadro de coparticipação abaixo, que deverá ser observado para todos os produtos relacionados neste instrumento:

EVENTOS	COPARTICIPAÇÃO
Consultas eletivas	R\$ 20,00
Consultas em pronto socorro	R\$ 25,00
Procedimentos de alta complexidade (especiais) e medicamentos, taxas e materiais utilizados em cada procedimento (exames de imagem de alta complexidade - ressonância magnética; ultrassom; tomografia computadorizada; densitometria óssea; endoscopia digestiva alta/colonoscopia; eletromiografia; fisioterapia; cardiologia; medicina nuclear; medicina transfusional; radioterapia).	30%
Procedimentos de baixa complexidade (básicos) e medicamentos, taxas e materiais utilizados em cada procedimento (exames de laboratório; exames anatomopatológicos e citológicos, exceto necropsia; raios-X simples e contrastados; eletrocardiograma; oftalmologia - taxas).	30%
Terapia de alta complexidade	30%
Terapia de baixa complexidade	30%
Procedimentos decorrentes da consulta de pronto socorro ou pronto atendimento e medicamentos, taxas e materiais utilizados em cada procedimento.	30%
Internações	R\$ 50,00

Parágrafo único. A coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para internações psiquiátricas somente incidirá a partir do 31º dia.

Cláusula 94ª - Os atendimentos serão realizados com coparticipação segundo o seguinte critério:

I - Os atendimentos serão realizados com coparticipação no valor ou percentual definido neste instrumento de jurídico, sobre os custos das consultas em consultório e pronto socorro, dos exames e de todos os demais serviços/ procedimentos realizados em regime ambulatorial, incluindo os eventuais gastos com materiais, medicamentos, diárias e taxas, limitados a um valor máximo de R\$ 200,00 (duzentos reais) por serviço realizado;

II - Nos atendimentos realizados em regime de internação coparticipação no valor ou percentual definido no instrumento de comercialização por internação, limitados a um valor máximo também definido no instrumento de comercialização.

Cláusula 95ª - Sempre que houver atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e forem inclusos procedimentos não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

Cláusula 96ª - Os preços a título de coparticipação serão cobrados juntamente com a mensalidade e serão estipulados no ato da contratação entre a Contratada e Contratante, de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

Cláusula 97ª - Os preços serão reajustados anualmente, juntamente com os reajustes financeiro e técnico, conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

TÍTULO XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Cláusula 98ª - O preço a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

Cláusula 99ª - Conforme negociação entre as partes contratantes fica estabelecida a seguinte tabela de preço, que será reajustada de acordo com as regras contidas em cada produto e neste instrumento:

FAIXAS ETÁRIAS		PREÇO (R\$)	VARIAÇÃO (%)
1ª	até 18 anos	R\$ 118,23	0%
2ª	de 19 a 23 anos	R\$ 118,23	0%
3ª	de 24 a 28 anos	R\$ 118,23	0%
4ª	de 29 a 33 anos	R\$ 118,23	0%
5ª	de 34 a 38 anos	R\$ 118,23	0%
6ª	de 39 a 43 anos	R\$ 118,23	0%
7ª	de 44 a 48 anos	R\$ 231,87	96,11 %
8ª	de 49 a 53 anos	R\$ 231,87	0%
9ª	de 54 a 58 anos	R\$ 347,41	49,82 %
10ª	de 59 anos ou mais	R\$ 528,27	52,06%

§ 1ª. Para a composição dos preços especificados acima, não foi considerada a contribuição previdenciária destinada ao INSS - Instituto Nacional de Seguro Social, nos termos da Lei nº 9.876, de 26.11.1999, incidente sobre a contratação de cooperativas de trabalho médico e de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE.

Cláusula 100ª - A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica CONTRATANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/98.

Cláusula 101ª - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados no contrato, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

Cláusula 102ª - As faturas decorrentes do produto contratado terão como data de vencimento o dia 20 (Vinte) de cada mês.

§ 1ª. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado neste instrumento.

§ 2ª. Em hipótese alguma, as faturas poderão ser pagas após a data do respectivo vencimento, sendo certo que eventuais contestações e/ou acertos somente deverão ser discutidos posteriormente.

§ 3ª. As faturas deverão ser pagas através de boleto bancário, exceto em caso de prévia autorização da CONTRATADA.

§ 4ª. As faturas somente poderão ser devolvidas para a CONTRATADA no caso de prévio contato por parte da CONTRATANTE e, ainda, no caso dos valores contestados serem superiores a 50% (cinquenta por cento) do total da fatura.

Cláusula 103ª - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Cláusula 104ª - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Cláusula 105ª - Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Cláusula 106ª - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

Cláusula 107ª - A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Cláusula 108ª - As utilizações indevidas especificadas nos produtos anexos serão cobradas em sistema de custo operacional com taxa administrativa de 20% (vinte por cento).

Cláusula 109ª - A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 20,00 (vinte reais) per capita a título de inscrição.

Parágrafo único. Este valor deverá ser reajustado, utilizando-se os mesmos parâmetros para reajuste das mensalidades constantes deste instrumento.

TÍTULO XII - REAJUSTE

Cláusula 110ª - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação proposta na cláusula 99ª. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 04 (quatro) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

Cláusula 111ª - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

01 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade do contrato ultrapassar o índice de 75% (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.

02 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$\text{Onde: } R = \frac{S}{S_m} - 1 * 100$$

S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses);

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

03 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 02, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 01 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Cláusula 112ª - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 01, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Cláusula 113^a - Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 309, de 2012, se na data do aniversário deste contrato for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano de saúde for inferior a 30 (trinta) participantes, para o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento deste contrato com todos os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 (trinta) participantes.

§1º. A teor da faculdade oportunizada no artigo 5º, da RN nº 309, de 2012, a CONTRATADA opta por desmembrar o agrupamento de seus contratos coletivos em 02 (dois) sub-agrupamentos, a ser definido de acordo com a segmentação assistencial do plano no qual aqueles serão vinculados, a saber:

a) Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar sem obstetrícia", "hospitalar sem obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia" e "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”;

b) Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar com obstetrícia", "hospitalar com obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico", e "referência".

§ 2º. O agrupamento de contratos é à medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

§3º. Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha atingir 30 (trinta) participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento

Cláusula 114^a - Fica estabelecido que o percentual de reajuste para o agrupamento de contratos será aplicado, às mensalidades de cada Beneficiário Titular e/ou Dependente, na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.

Cláusula 115^a - Os contratos coletivos que estiverem vinculados à carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 (trinta) beneficiários, terão os valores de suas mensalidades reajustados, conforme a variação positiva do índice financeiro Índice Geral de Preços do Mercado - IGPM/FGV, pelo período acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

Cláusula 116^a - Além do índice estipulado no artigo anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, observado desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, no que, caso seja apurada sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento), aquele poderá ser reavaliado, conforme a seguinte fórmula:

$$R = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

Cláusula 117^a - Para fins de obtenção da sinistralidade do presente plano de saúde, serão considerados eventuais ressarcimentos realizados pela CONTRATADA ao Sistema Único de Saúde - SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários da CONTRATANTE no serviço público.

Cláusula 118^a - O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 75% (setenta e cinco por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste Técnico ideal} = \{[S + 1,15 \times (\text{desvio padrão de } S / \text{raiz quadrada de } N)] / S_m\} - 1$$

Onde:

S = Sinistralidade média do período.

1,15 representa $z \sim N(0;1)$ para um determinado nível de confiança 87,5%.

Desvio padrão de S = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês.

N = número de meses observados.

Cláusula 119^a - Este contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) 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.

Cláusula 120^a - O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes.

Parágrafo único. Os valores das inscrições serão reajustados anualmente, baseados no índice de reajuste aplicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para os Planos Coletivos Empresarial, correspondente ao período.

Cláusula 121^a - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

Cláusula 122^a - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Cláusula 123^a - Os reajustes a serem aplicados neste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme determinado pela legislação em vigor.

TÍTULO XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 124^a - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada associado inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos associados que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do associado.

Cláusula 125^a - As variações por faixas etárias para os fins deste contrato serão, conforme expressos no instrumento de comercialização junto a tabela.

Cláusula 126^a - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados neste contrato, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

Cláusula 127^a - O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

I - o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a 7^a (sétima) e a 10^a (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1^a-(primeira) e 7^a-(sétima) faixas;

III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos;

Cláusula 128^a - Os clientes 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.

TÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS COLETIVOS

CAPÍTULO I - DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS.

Cláusula 129^a - A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral

das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

§1º. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e 1 (um) máximo de 24 (vinte e quatro meses).

§2º. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos, ou;
- b) À razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

§3º. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

§4º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

§5º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011).

§6º. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

§7º. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações).

Cláusula 130ª - A condição de beneficiário deixará de existir:

a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações), ou;

c) Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Cláusula 131ª - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Cláusula 132ª - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Cláusula 133ª - No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Cláusula 134ª - Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

TÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

Cláusula 135ª - Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- I - por solicitação do CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- II - quando perder o vínculo com o CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- III - quando os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme determinado neste contrato;
- IV - por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo, permitir que terceiros estranhos ao contrato o utilize) seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa, entre outras hipóteses;
- V - quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CONTRATANTE;
- VI - quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;

§ 1º - Caberá apenas à pessoa jurídica CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

§ 2º - A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo, permitir que terceiro, estranho ao contrato, o utilize) seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa, entre outras hipóteses;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato;

§ 3º - Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida no TÍTULO II deste contrato, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Cláusula 136^a - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

Parágrafo único. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

TÍTULO XVI - RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 137^a - Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Cláusula 138^a - Na ocorrência de atraso de pagamento, superior a 15 (quinze) dias consecutivos o atendimento será suspenso até a regularização do mesmo, exceto nos casos de urgência e emergência.

Cláusula 139^a - Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o beneficiário e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

Cláusula 140^a - A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

Parágrafo único. O beneficiário terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo.

Cláusula 141^a - Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido no Contrato de Comercialização, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

Cláusula 142^a - Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, imotivadamente, sem sujeitar a parte solicitante, ao pagamento de multa ou das mensalidades restantes para se completar este período.

Cláusula 143^a - O disposto na Cláusula 143^a não se aplica na hipótese prevista na Cláusula 138^a deste contrato, nos quais serão devidos à CONTRATADA os valores das faturas em atraso a mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

Cláusula 144^a - O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação formal da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Parágrafo único. Para cancelamento de qualquer produto contratado, deverão ser observadas as condições específicas constantes de cada um deles, além da assinatura de termo rescisório próprio.

Cláusula 145^a - Após o término do prazo fixado no contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 0% (zero por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§2º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Cláusula 146^a - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

TÍTULO XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 147^a - Integram este contrato, para todos os fins de direito, o Formulário de inclusão de usuários assinada pelo (a) Contratante, o Manual do Usuário (Guia Médico), Guia dos Profissionais de Saúde, 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, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

SIGILO MÉDICO: compromete-se o (a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

RECLAMAÇÕES: as reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

Cláusula 148^a - São adotadas as seguintes DEFINIÇÕES:

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



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

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

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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.

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

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

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - Atendimento que se limita aos serviços exequíveis em Consultório ou Ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandam o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços 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.

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

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 atendidos como atendimento hospitalar aqueles caracterizados como urgência/emergência, em regime de internação.

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) - Avaliação realizada pelo médico cooperado, com o objetivo de verificar as condições físicas do usuário, e



detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes, podendo ser realizados exames, para uma avaliação mais exata da pré-existência.

BENEFÍCIO - Cobertura assistencial oferecida aos usuários, na condição expressa do Contrato.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica, quando for o caso de planos Odontológicos.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento, no caso de contratação Individual/Familiar e para contratação Coletiva deverá ser paga pelo usuário através da CONTRATANTE a operadora.

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

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - Questionário fornecido pela UNIMED, devendo ser preenchido pelo CONTRATANTE (USUÁRIO TITULAR e DEPENDENTES), destinado à declaração da existência de doenças ou lesões preexistentes.

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

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EVENTO - Conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do Usuário ou de seus Dependentes usuários, em decorrência de acidente 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 Usuário, ou com a sua morte.

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

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

HOSPITAL DE ALTO CUSTO: São hospitais que possuem pagamento diferenciado de honorários médicos e SADT, praticam múltiplos da tabela referência no Intercâmbio Nacional. Não aceitam as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos.

HOSPITAL - DIA: É aquele próprio para realização de qualquer procedimento médico que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto a uma diária convencional, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e, tão somente neles, aplicar-se-á o estabelecimento para internações comuns.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: É aquele que utiliza lista própria de preços e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros, conforme Anexo III.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.



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

MÉDICO CREDENCIADO - Médico pertencente à lista de profissionais credenciados pela Operadora.

MÉDICO COOPERADO - Médico sócio a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

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

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

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

ROL DE PROCEDIMENTOS - É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).

TABELA REFERÊNCIA - Lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

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

USUÁRIO - Todas as pessoas incluídas no Contrato Coletivo que poderão usufruir da cobertura assistencial pactuada.

USUÁRIO DEPENDENTE - Pessoa que, na forma e condições prescritas no Contrato Coletivo, esteja inscrita como tal, pelo USUÁRIO TITULAR.

USUÁRIO TITULAR - Pessoa que assina Contrato Coletivo junto à Operadora na qualidade de usuário, ou pessoa indicada pelo representante legal, assumindo as responsabilidades pactuadas nas Cláusulas contratuais e com direito aos respectivos benefícios e cobertura assistencial.

Cláusula 149ª - São considerados os seguintes procedimentos de **DIAGNÓSTICO E TERAPIA**: I -

BÁSICOS:

a) análises clínicas; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) endoscopia diagnóstica; f) exames radiológicos simples sem contraste; g) exames e testes alergológicos; h) exames e testes oftalmológicos; i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia; j) inaloterapia; k) prova de função pulmonar; l) teste ergométrico; m) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

II - ESPECIAIS:

a) angiografia; b) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; c) ultra-sonografia; d) tomografia computadorizada; e) ressonância nuclear magnética; f) medicina nuclear; g) desitometria óssea; h) laparoscopia diagnóstica; i) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; j) eletrocardiografia dinâmica (holter); k) monitorização ambulatorial de pressão arterial; l) litotripsia; m) radiologia com contraste; n) videolaringoscopia computadorizada; o) videolaparoscopia diagnóstica; p) eletromiografia; e q) eletroneuromiografia.

III - TERAPÊUTICOS ESPECIAIS:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) quimioterapia; c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia etc.); d) hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias oftalmológicas; f) fisioterapia; g) nutrição parenteral ou enteral; h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; i) embolizações e radiologia intervencionista; j) oxigenoterapia hiperbárica.

Cláusula 150ª - Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO XVIII - ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 151ª - Fica eleito o Foro do **CONTRATANTE** para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



Cláusula 152ª - Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a assinatura deste instrumento, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Em sinal de acordo a seus termos, as partes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença de duas testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam, sendo rubricadas em todas as suas folhas.

Marabá, 08 de Julho de 2015.

FUNDAÇÃO CASA DA CULTURA DE
MARABÁ

Nome: Noé Carlos Barbosa Von Atzingen
CPF: 524.174.258-15
RG: 2301337 PC/PA

UNIMED SUL DO PARÁ

Nome: Jorge Bichara Neto
CPF: 008.136.992 -15
RG: 6411063 PC/PA

Página 47 de 47

Rua Sol Poente, 2190 - Cidade Nova - CEP: 68.501-670 - Marabá - Pará
Fone: (94) 2103-8500 / 0800-709-9045 - www.unimeduldopara.com.br