

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Contrato nº. _____

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

UNIMED PALMAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, classificada como Cooperativa Médica, CNPJ: 37.313.475/0001-48, Registro na ANS sob o nº. 309907, Classificada na ANS como Cooperativa Médica, com sede da Quadra 104 Norte, Rua NE 1, Lote 1, Edifício Beatriz, Salas 101 a 111, Plano Diretor Norte, CEP: 77006-900, Palmas – TO, neste ato representada por seu Diretor Presidente que abaixo subscreve, daqui por diante denominada simplesmente CONTRATADA.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

ASSOCIACAO DOS SERVIDORES ADMINISTRATIVOS DO MINISTERIO PUBLICO – ASAMP, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.752.279/0001-53, com sede na 202 NORTE CJ 03 AV LO 04 ESQ. COM A AV. TEOTONIO SEGURADO, CEP 77006-218, neste ato representado por seu representante legal que abaixo subscreve, daqui por diante denominada simplesmente como CONTRATANTE.

CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE

As características dos planos de saúde deste contrato estão definidas no ANEXO I deste contrato.

As partes acima identificadas e qualificadas firmam este contrato de plano de saúde, que obedecerá às seguintes cláusulas:

SUMÁRIO

CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	3
CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	3
CLÁUSULA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	7
3.1 – COBERTURAS CONTRATADAS.....	7
3.2 – COBERTURA AMBULATORIAL.....	8
3.3 – COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTERÍCIA.....	10
CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	14
CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	19
CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	20
CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	20
CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	23
CLÁUSULA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	27
9.2 – CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.....	27
9.3 – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.....	28
9.4 – CO-PARTICIPAÇÃO.....	30
CLÁUSULA X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	31
CLÁUSULA XI – REAJUSTE.....	33
11.2- REAJUSTE ECONÔMICO.....	34
11.3 – REAJUSTE TÉCNICO.....	34
11.6 – DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS DE PLANOS COLETIVOS.....	36
CLÁUSULA XII – FAIXAS ETÁRIAS.....	39
CLÁUSULA XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	40
CLÁUSULA XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	40
CLÁUSULA XIV – RESCISÃO.....	43
CLÁUSULA XV – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	45
CLÁUSULA XVI – ELEIÇÃO DE FORO.....	54

CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 – O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.2 – O presente contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 – Poderão aderir/incluir a este contrato de plano de saúde como BENEFICIÁRIO TITULAR, aquelas pessoas que mantenham vínculo associativo com a CONTRATANTE, nos termos do art. 9º da Resolução Normativa nº. 195/2009 e que sejam servidores públicos federais, vinculados como docentes à Universidade Federal no Estado do Tocantins.

2.2 - É CONDIÇÃO PRIORITÁRIA PARA A CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AS PARTES A EXISTÊNCIA MÍNIMA DE 30 (TRINTA) TITULARES INSCRITOS NO PLANO.

2.3 – Poderão ser inscritos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, mediante a apresentação dos documentos que comprovem as qualidades abaixo indicadas:

- a) O cônjuge
- b) O(a) companheiro(a), havendo união estável com registro em cartório, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) O(s) filhos(s) naturais ou adotivo(s) do beneficiário titular, desde que solteiros;
- d) O(s) filho(s) enteados solteiros, desde que o cônjuge ou companheiro esteja inscrito como dependente, caso não tenha casado ou adquirido união estável;

e) O(s) menor(es) que, por determinação judicial, se encontre(m) sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela.

2.4 – No caso de adesão do grupo familiar, este dependerá da participação do titular no plano privado de assistência à saúde, e se limitará àqueles estabelecidos no item 2.3 desta cláusula, bem como aos que tiverem sido vinculados até 30 (trinta) dias da rescisão do último contrato de plano de saúde firmado entre as partes contratantes, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os contratos.

2.5 – O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pela contratante através do website ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda através de documento fornecido pela Unimed Palmas, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

2.6 – Quando da assinatura do contrato e sempre que solicitado pela CONTRATADA, a CONTRATANTE anexará cópias dos documentos de comprovação do vínculo com o beneficiário Titular, bem como da qualidade dos dependentes do mesmo.

2.7 – Os beneficiários inscritos farão jus aos serviços contratados a partir da data de início de vigência no plano de saúde, respeitadas as condições dispostas neste instrumento quanto ao cumprimento dos prazos de **carências** e de **Cobertura Parcial Temporária**.

2.8 – Os beneficiários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio após a efetivação dos seus cadastros.

2.9 – A CONTRATANTE PODERÁ, POR ESCRITO, SOLICITAR INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PRESENTE CONTRATO.

2.9.1 – A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS SERÃO PROCESSADAS MEDIANTE ENTREGA POR PARTE DA CONTRATANTE À CONTRATADA DA FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, CABENDO A ELE INFORMAR NESTE DOCUMENTO A QUALIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES QUE TAMBÉM SERÃO INSCRITOS NO PRESENTE CONTRATO;

2.9.2 – A CONTRATANTE TAMBÉM DEVERÁ ENCAMINHAR À CONTRATADA, JUNTO COM O TERMO DE ADESÃO, A DOCUMENTAÇÃO QUE COMPROVE O VÍNCULO COM OS BENEFICIÁRIOS TITULARES A SEREM INSCRITOS, BEM COMO CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CPF, CARTEIRA DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E

CERTIDÃO DE CASAMENTO OU DE UNIÃO ESTÁVEL, QUANDO COUBER, E O CARTÃO NACIONAL DO SUS.

2.10 – O RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO DE BENEFICIÁRIO, 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 INDEPENDENTE 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.

2.10.1 - O RECÉM-NASCIDO SOB GUARDA OU TUTELA PODE SER INSCRITO NO PLANO PELO RESPONSÁVEL LEGAL EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS DA TUTELA, OU GUARDA.

2.10.2 - AO RECÉM-NASCIDO, INSCRITO EM ATÉ 30 DIAS NA FORMA DOS ITENS 2.10 E 2.10.1, MESMO QUE O PARTO NÃO TENHA SIDO COBERTO PELA OPERADORA, SERÁ CONSIDERADO PARA FINS DE APLICAÇÃO DE CARÊNCIA, O QUE SEGUE:

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.

2.10.3 - NÃO É POSSÍVEL A ALEGAÇÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE QUANDO O DEPENDENTE FOR INSCRITO NOS PRIMEIROS TRINTAS 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; E

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.

2.11 – O MENOR DE 12 ANOS ADOTADO POR BENEFICIÁRIO, OU SOB GUARDA OU TUTELA DESTA, PODE SER INSCRITO NO PLANO EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DA ADOÇÃO, GUARDA, OU TUTELA, APROVEITANDO OS PRAZOS DE CARÊNCIA JÁ CUMPRIDOS PELO BENEFICIÁRIO ADOTANTE, SEJA ELE PAI OU MÃE, OU RESPONSÁVEL LEGAL, CONFORME O CASO.

2.11.1 - O FILHO MENOR DE 12 ANOS CUJA PATERNIDADE TENHA SIDO RECONHECIDA JUDICIAL OU EXTRAJUDICIALMENTE PODE SER INSCRITO NO PLANO EM ATÉ 30 DIAS DO RECONHECIMENTO, APROVEITANDO OS PRAZOS DE CARÊNCIA CUMPRIDOS PELO BENEFICIÁRIO PAI.

2.11.2 - NÃO É POSSÍVEL A ALEGAÇÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE QUANDO O DEPENDENTE FOR INSCRITO NOS PRIMEIROS TRINTAS DIAS A CONTAR, NA HIPÓTESE DE MENOR DE 12 ANOS, DA GUARDA, TUTELA OU ADOÇÃO, OU DO RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE, INDEPENDENTE DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA.

2.11.3 - AS INCLUSÕES POSTERIORES À ASSINATURA DO CONTRATO QUE NÃO ATENDAM AS CONDIÇÕES E PRAZOS DISPOSTOS NOS ITENS “2.10, 2.10.1, 2.10.2, 2.10.3” E “2.11, 2.11.1 e 2.11.2”, PORÉM ESTÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NAS ALÍNEAS “a, b, c, d, e, f” DO ITEM “2.3” DESTA CLÁUSULA, PODERÃO FAZER SEU INGRESSO AO PLANO, DESDE QUE OBSERVADOS O CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS, PODENDO HAVER PARA ESSES CASOS A ALEGAÇÃO DE DOENÇA OU LESÃO PRÉEXISTENTE, BEM COMO PODERÁ SE APLICAR A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES PREVISTA NESTE CONTRATO.

2.12 – Será de responsabilidade da CONTRATANTE informar à CONTRATADA quaisquer alterações nos dados dos beneficiários inscritos no plano.

2.13 – TODA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PERMITIDA NO CONTRATO DEVERÁ SER SOLICITADA PELA CONTRATANTE ATÉ O DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL, QUE SERÁ NO PERÍODO QUE ANTECEDE A DATA DE PAGAMENTO DA MENSALIDADE, TENDO COMO LIMITE O 15º DIA ANTERCEDENTE À REFERIDA DATA.

2.13.1 – O DIA DE VIGÊNCIA INICIAL DO PLANO CONTRATADO É CONSIDERADO COMO DATA BASE MENSAL PARA A VIGÊNCIA DAS MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS ENVIADAS PARA A CONTRATADA ATÉ O DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL.

2.13.2 – ULTRAPASSADO O DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL, A MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL TERÁ VIGÊNCIA A PARTIR DA DATA BASE MENSAL SUBSEQUENTE À QUE TERIA DIREITO SE ENVIADA ATÉ O DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO DAQUELE MÊS, OBSERVADOS OS REQUISITOS PARA MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS AO PLANO CONTRATADO.

2.13.3 – PODERÁ A CONTRATADA, QUANDO ACHAR NECESSÁRIO, SOLICITAR INFORMAÇÕES AO CONTRATANTE SOBRE AS CONDIÇÕES DE EXIGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS QUE ADERIRAM AO PRESENTE PLANO DE SAÚDE, INCLUSIVE PARA ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO DOS MESMOS.

CLÁUSULA III – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 – COBERTURAS CONTRATADAS

3.1.1 – RESPEITADOS OS PRAZOS DE CARÊNCIA, AS EXCLUSÕES E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA ESTABELECIDAS NESTE INSTRUMENTO, A CONTRATADA ASSEGURARÁ AOS BENEFICIÁRIOS REGULARMENTE INSCRITOS E SATISFEITAS AS RESPECTIVAS CONDIÇÕES, A COBERTURA BÁSICA PREVISTA NESTA CLÁUSULA, EXCLUSIVAMENTE NA SEGMENTAÇÃO CONTRATADA, COMPREENDENDO A COBERTURA DE TODAS AS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, VISANDO O TRATAMENTO DE TODAS AS DOENÇAS LISTADAS NA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/10º REVISÃO CID-10, EXCLUSIVAMENTE DE ACORDO COM O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE

SAÚDE SUPLEMENTAR VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, QUE PODERÁ SER OBTIDO ATRAVÉS DO WEBSITE: WWW.ANS.GOV.BR

3.1.2 – A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.1.3 – Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.1.4 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.1.5 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde/ 10º Revisão – CID -10 inclusive, aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

3.2 – COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 – A COBERTURA AMBULATORIAL É DEFINIDA E LISTADA NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, COMPREENDENDO OS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIOS OU AMBULATÓRIOS, NÃO INCLUINDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU PROCEDIMENTOS PARA FINS DE DIAGNÓSTICO OU TERAPIA QUE, EMBORA DISPENSEM INTERNAÇÃO, REQUEREM ESTRUTURA HOSPITALAR POR PERÍODO SUPERIOR A 12 (DOZE) HORAS, OU SERVIÇOS COMO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E UNIDADES SIMILARES.

I – Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados e/ou credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo

médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracteriza como internação;

III – Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

IV – Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados por fisiatra, bem como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

V – Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VI – Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII – Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

a) Atividades educacionais;

b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

c) Atendimento clínico;

d) Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

e) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo dispositivo.

VIII – Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

3.3 – COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.3.1 – A CONTRATADA GARANTE AOS BENEFICIÁRIOS, DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS, APTOS A ATENDEREM AS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, A COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA DEFINIDA E LISTADA NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, COMPREENDENDO OS SEGUINTE SERVIÇOS:

I – Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

II – Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

III – Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

IV – Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

V – Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI – Cobertura de exames complementares constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde, para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII – Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VIII – Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área de atuação prevista no contrato;

IX – Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital e acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

X - Procedimentos buço-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar;

XI – Cobertura a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitam de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica, exceto a cobertura dos honorários do cirurgião dentista, os materiais odontológicos, ou ainda recursos, exames, técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento, e prognóstico odontológico, que poderão ser solicitados e executados pelo cirurgião dentista, utilizados na execução dos procedimentos;

XII – Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, como objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

XIII – Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial e hospitalar;
- c) Hemoterapia;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral e enteral;

- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto medicação de manutenção.

XIV – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XV – Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XVI – As órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as características (dimensões, material de fabricação e tipo) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME e, quando solicitado, justificar clinicamente sua indicação, podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que assegurada similaridade com o material indicado, observadas as diretrizes do Conselho Federal de Medicina – CFM para tanto;

XVII – Procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória contemplados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde vigentes à época da sua realização que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais que possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

XVIII – Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XIX – Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

XX – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada

qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XXI – Assistência nos abortamento, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 128 CP, devidamente justificado pelo médico assistente.

XXII – 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) CUSTEIO INTEGRAL DE 30 (TRINTA) DIAS DE INTERNAÇÃO POR ANO CONTRATUAL;

B) NAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS O CUSTEIO PARCIAL SERÁ FIXADO A PARTIR DA 31ª (TRIGÉSIMA PRIMEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO, COM CO-PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, OBSERVADOS OS TETOS ESTABELECIDOS NOS NORMATIVOS VIGENTES;

C) ESSE PERCENTUAL DE CO-PARTICIPAÇÃO EQUIVALERÁ AO MÁXIMO ADMITIDO POR NORMA EDITADA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) QUE ESTIVER VIGENTE À ÉPOCA DA CONTRATAÇÃO DO PLANO;

D) A COBERTURA DO TRATAMENTO EM REGIME DE HOSPITAL-DIA DEVERÁ SE DAR DE ACORDO COM AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS NOS NORMATIVOS VIGENTES.

XXIII – Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem com as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

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

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 – EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº 9656/98, 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 – TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:

A) EMPREGA MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS/NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS;

B) É CONSIDERADO EXPERIMENTAL PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA-CFO; OU

C) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA/MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL);

II – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA

**COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONITEC;**

**III – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO
NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO
TERRITÓRIO NACIONAL, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;**

**IV – DESPESAS COM ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER
NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO
AS CIRURGIAS BUCO-MAXILO FACIAIS QUE NECESSITEM DE
AMBIENTE HOSPITALAR E AQUELAS RELACIONADAS AOS
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM
CONSULTÓRIO, MAS QUE NECESSITEM DE ESTRUTURA HOSPITALAR
POR IMPERATIVO CLÍNICO, À EXCEÇÃO DOS HONORÁRIOS E
MATERIAIS UTILIZADOS, EXCETO AS LISTADAS NO ROL DE
PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE;**

**V – CIRURGIAS E TRATAMENTOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM
DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS
AUTORIDADES COMPETENTES E ÓRGÃOS REGULADORES;**

VI – DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS:

**A) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS Á PERMANÊNCIA
DO ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS;**

**B) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO CONFORME INDICAÇÃO DO
MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE E LEGISLAÇÕES
VIGENTES, PARA ACOMPANHANTES DE IDOSOS A PARTIR DOS 60
(SESSENTA) ANOS E PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA; E**

**C) DESPESAS CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE E
LEGISLAÇÕES VIGENTES, RELATIVAS A UM ACOMPANHANTE
INDICADO PELA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E
PÓS-PARTO IMEDIATO.**

VII – CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

**VIII – CASOS DE CATACLISMO, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS
QUANDO DECLARADO PELA AUTORIDADE COMPETENTE;**

IX – PRODUTOS DE TOALETE E HIGIÊNE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA A COBERTURA DESTES CONTRATOS;

X – PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO CONTRATADA, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS A OPERADORA, COM EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS E COMPROVADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS, DESDE QUE HAJA INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE REDE CREDENCIADA DA CONTRATADA E, POSTERIORMENTE, REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº. 259/2011 DA ANS (ou outra que vier a revogar esta Resolução).

XI – TRATAMENTO DE REJUVENECIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

XII – INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS;

XIII – ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;

XIV – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, INCLUSIVE ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO VISAM RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;

XV – CIRURGIAS PLÁSTICAS DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO AS PERMITIDAS PELA ANS;

XVI – APLICAÇÃO DE VACINAS;

XVII – EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

XVIII – FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

XIX - ATENDIMENTO DOMICILIAR, INCLUINDO ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NOS INCISOS X E XI DO ART. 21 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS Nº. 387 E, RESSALVANDO O DISPOSTO NO ARTIGO 14 DESTA RESOLUÇÃO NORMATIVA, SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR E REMOÇÃO DOMICILIAR, EXCETO NOS CASOS EM QUE A INTERNAÇÃO DOMICILIAR SEJA OFERECIDA PELA CONTRATADA EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

XX – CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA, BEM COMO REMOÇÃO DOMICILIAR;

XXI – TRANSPLANTES, EXCETO OS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS;

XXII – TRATAMENTOS EM SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTANCIAS HIDROMINERAIS, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS OU ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

XXIII – PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

XXIV – INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

XXV – PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;

XXVI – ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

XXVII – ATOS DE NATUREZA CIRÚRGICA, INTERNAÇÕES EM LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE REFERENTES AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, DENTRO DO PERÍODO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA;

XXVIII – CIRURGIA REFRACTIVA PARA GRAU DIFERENTE DO ESTABELECIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE A EPOCA DO EVENTO;

XXIX – CHECKUP (INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA ELETIVA) EM REGIME AMBULATORIAL E/OU DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR;

XXX – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES, INCLUSIVE DE RIM, DE CÓRNEA E DE MEDULA ÓSSEA, ALOGÊNICO OU AUTÓLOGO OU QUALQUER OUTRO QUE VENHA A SER INSERIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, RESSALVADOS OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO PARA OS TRANSPLANTES COBERTOS;

XXXI – PROCEDIMENTOS PRE-OPERATÓRIOS NOS CASOS DE TRANSPLANTES EXCETO PARA RINS, CÓRNEAS E TRANSPLANTES ALOGÊNICOS E AUTÓLOGOS DE MEDULA ÓSSEA;

XXXII – TRATAMENTO E ATENDIMENTO NOS PRESTADORES DE ALTO CUSTO E/OU DE TABELA PRÓPRIA, PODENDO OS BENEFICIÁRIOS TEREM ACESSO A INFORMAÇÃO SOBRE ESSES PRESTADORES POR MEIO DOS CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA. INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, OS DISPOSTOS NAS ALÍNEAS ABAIXO, AINDA QUE ESTES SEJAM CREDENCIADOS A QUALQUER COOPERATIVA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED:

A) NA BAHIA: HOSPITAL ALIANÇA, HOSPITAL PORTUGUÊS, HOSPITAL ESPANHOL, HOSPITAL SANTO AMARO E HOSPITAL SÃO RAPHAEL;

B) NO RIO GRANDE DO SUL: HOSPITAL MÃE DE DEUS, HOSPITAL MOINHO DE VENTO E INSTITUTO DE CARDIOLOGIA;

C) EM SÃO PAULO: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, HOSPITAL NOVE DE JULHO, INCOR E ASSOCIAÇÃO

SANATÓRIO SÍRIO HOSPITAL DO CORAÇÃO; HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, HOSPITAL OSWALDO CRUZ, HOSPITAL SÃO LUIZ;

D) NO RIO DE JANEIRO: CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ, CLÍNICA BAMBINA LTDA, CLÍNICA SOROCABA S/A, CLÍNICA PEDIÁTRICA DA BARRA LTDA, OH-DAY HOSPITAL S/C LTDA, HOSPITAL BARRA D'OR, HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA, CLÍNICA PERINATAL LARANJEIRAS, CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA, HOSPITAL QUINTA DOR, PRÓ-CARDÍACO E HOSPITAL SAMARITANO.

XXXIII – PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CUJO LIMITE DE UTILIZAÇÃO POR ANO CONTRATUAL TENHA SIDO ULTRAPASSADO;

XXXIV – PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO, CONFORME PORTARIA Nº 24/94 – NR7 OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA; E PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA, CONFORME PORTARIA Nº 25/94 – NR 9 – MTB OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A MEDICINA OCUPACIONAL (EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS E PERIÓDICOS).

CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 – A vigência mínima do presente contrato é de **12 (doze) meses** e inicia-se a partir da data de sua assinatura pelo CONTRATANTE e a CONTRATADA, sendo a partir de então, prorrogável por prazo indeterminado caso as partes não se manifestem de forma contrária, ou até que haja denúncia de uma das partes.

5.2 – Findo o prazo de vigência mínima, este contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias** do término da vigência inicial, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 – NO PRESENTE CONTRATO NÃO SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE PRAZOS DE CARÊNCIA SE:

I – A INSCRIÇÃO DO BENEFICIÁRIO OCORRER EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS DA CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO; OU

II – NÃO OBSERVADO O PRAZO INDICADO NO ITEM ‘I’ ACIMA, O BENEFICIÁRIO VINCULADO À CONTRATANTE, FORMALIZAR SUA PROPOSTA DE ADESÃO ATÉ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A DATA DE ANIVERSÁRIO DESTE CONTRATO;

III – INDEPENDENTE DOS PRAZOS INDICADOS NOS INCIOS ‘I’ E ‘II’ ACIMA, TAMBÉM NÃO SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE PRAZOS DE CARÊNCIA PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE ERAM ADERENTES A OUTRO DE PLANO DE SAÚDE TAMBÉM FIRMADO ENTRE CONTRATANTE E CONTRATADA, DESDE QUE NÃO HAJA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE ENTRE O VÍNCULO ANTERIOR E A ADESÃO AO PRESENTE CONTRATO.

6.2 – TRANSCORRIDO OS PRAZOS DEFINIDOS NOS INCISOS DESCRITOS NO ITEM 6.1 DESTA CLÁUSULA, PODERÁ SER EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE PRAZOS DE CARÊNCIA ESTABELECIDOS NAS ALÍNEAS ABAIXO, SENDO QUE A CONTAGEM DESTES PRAZOS DE CARÊNCIAS INICIAR-SE-Á A PARTIR DO INGRESSO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO.

A) PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), O PERÍODO DE CARÊNCIA SERÁ DE 06 (SEIS) MESES.

B) PARA DEMAIS PROCEDIMENTOS, O PERÍODO DE CARÊNCIA SERÁ DE 30 (TRINTA) DIAS.

6.2.1 – OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), DESCRITOS NA ALÍNEA “A” DO ITEM 6.2, SÃO AQUELES DEFINIDOS NO ROL DE PROCEDIMENTO E EVENTO EM SAÚDE ESTABELECIDO PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS.

CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 – O BENEFICIÁRIO DEVERÁ INFORMAR A CONTRATADA, QUANDO EXPRESSAMENTE SOLICITADO NA DOCUMENTAÇÃO CONTRATUAL POR MEIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE, O CONHECIMENTO DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES A ÉPOCA DA ADESÃO AO PRESENTE CONTRATO, SOB PENA DE CARACTERIZAÇÃO DE FRAUDE, FICANDO SUJEITO A SUSPENSÃO OU RESCISÃO UNILATERAL DO

CONTRATO, CONFORME O DISPOSTO NO INCISO II DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 13 DA LEI Nº 9.656/1998.

7.2 – DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES – DLP 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 A SAÚDE, DE ACORDO COM O ART. 11 DA LEI Nº 9.656/98, O INCISO IX DO ART. 4º DA LEI 9.961/2000 E AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS NA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 162/2007 DA ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES.

7.3 – Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o “Formulário de Declaração de Saúde” acompanhado da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.4 – O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados indicado pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.5 – Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico de sua escolha não credenciado à rede, sendo que há disponibilidade e existência de rede credenciada à contratada, e esta em nenhum momento negou qualquer solicitação, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 – 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 e coberturas e consequências da omissão de informações.

7.7 – 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.

7.8 – Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

7.9 – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT É AQUELA QUE ADMITE, POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE ATÉ 24 MESES, A

PARTIR DA DATA DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAUDE, A SUSPENSÃO DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DESDE QUE RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE ÀS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES DECLARADAS PELO BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL.

7.10 – AGRAVO É QUALQUER ACRÉSCIMO NO VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PAGA AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, PARA QUE O BENEFICIÁRIO TENHA DIREITO INTEGRAL A 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.

7.11 – Caso a CONTRATADA não ofereça cobertura parcial temporária no momento da adesão contratual, não caberá a alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária ou agravo.

7.12 – Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão preexistente especificada.

7.13 – OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE ENCONTRAM-SE ESPECIFICADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, DISPONÍVEL NO WEBSITE: WWW.ANS.GOV.BR.

7.14 - É vedada a CONTRATADA a alegação da doença ou lesão preexistente ao beneficiário que aderiu ao plano após decorridos 24 (vinte e quatro) meses de sua adesão ao plano privado de assistência a saúde.

7.15 – Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à Saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada e prevista na lei nº 9.656/1998.

7.16 – O agravo será regido por documento específico cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa à percentual ou valor do agravo e do período de vigência do agravo.

7.17 - IDENTIFICADO INDÍCIO DE FRAUDE POR PARTE DO BENEFICIÁRIO, REFERENTE A OMISSÃO DO CONHECIMENTO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE POR OCASIÃO DA ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, A CONTRATADA DEVERÁ COMUNICAR IMEDIATAMENTE A ALEGAÇÃO DE OMISSÃO DE INFORMAÇÃO AO BENEFICIÁRIO ATRAVÉS DE TERMO DE COMUNICAÇÃO, OFERECENDO AS OPÇÕES DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, AGRAVO OU ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO JUNTO A ANS.

7.18 - INSTAURADO O PROCESSO ADMINISTRATIVO DA ANS, À CONTRATADA CABERÁ O ÔNUS DA PROVA.

7.19 - A CONTRATADA PODERÁ UTILIZAR-SE DE QUALQUER DOCUMENTO LEGAL PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DO BENEFICIÁRIO SOBRE SUA CONDIÇÃO, QUANTO A EXISTÊNCIA DE DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE.

7.20 - A ANS EFETUARÁ O JULGAMENTO ADMINISTRATIVO DA ALEGAÇÃO, APÓS A ENTREGA EFETIVA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO.

7.21 - SE SOLICITADO PELA ANS, O BENEFICIÁRIO DEVERÁ REMETER DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A INSTRUÇÃO DO PROCESSO.

7.22 - APÓS JULGAMENTO, E ACOLHIDA A ALEGAÇÃO DA CONTRATADA PELA ANS, O BENEFICIÁRIO PASSA A SER RESPONSÁVEL PELAS DESPESAS EFETUADAS COM A ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR PRESTADA E QUE TENHA RELAÇÃO COM A DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE, DESDE A DATA DA EFETIVA COMUNICAÇÃO DA CONSTATAÇÃO DA DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE, DEVENDO REEMBOLSAR INTEGRALMENTE A CONTRATADA, BEM COMO PODERÁ SER EXCLUÍDO DO CONTRATO.

7.23 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação da ANS, do encerramento do Processo Administrativo.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Para os efeitos de direitos e deveres advindos desta cláusula são adotadas as seguintes definições, na forma do art. 35-C da Lei 9.656/98:

I – **EMERGÊNCIA** é o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

II – **URGÊNCIA** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

8.2 – DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO, CUJA DATA CONSTA NA SUA FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL, SERÃO GARANTIDOS OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CONCEITUADOS E DEFINIDOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO.

8.3 – EXCLUEM-SE DA GARANTIA DE ATENDIMENTO REFERIDO NESTA CLÁUSULA, OS PRETADORES DE ALTO CUSTO E TABELA PRÓPRIA, AINDA QUE OS MESMOS SEJAM CREDENCIADOS ÀS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED, A SABER, OS ESTABELECIMENTOS DESCRITOS NAS ALÍNEAS DE “A” “B” “C” E “D” DO INCISO “XXXII”, DA CLÁUSULA “IV”.

8.4 – Os beneficiários inscritos neste plano terão a garantia de que, depois de cumpridas as carências haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

8.5 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **LIMITADO ÀS PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS**, durante o período de carência para parto;

8.6 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento **LIMITADO ÀS PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS**, ou até ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.7 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento **LIMITADO ÀS PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS**, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimentos de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

8.8 – A PARTIR DO PRAZO ESTABELECIDO NOS ITENS ACIMA - PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS DO ATENDIMENTO, E/OU HAVENDO A NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM REGIME

HOSPITALAR/INTERNAÇÃO, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PASSA A SER DO CONTRATANTE, NÃO CABENDO ÔNUS À OPERADORA.

8.9 – Uma vez cumprido os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral contratada.

8.10 – A CONTRATADA ASSEGURA AO BENEFICIÁRIO REGULARMENTE INSCRITO NESTE PLANO A GARANTIA DE REMOÇÃO PARA UNIDADE DE ATENDIMENTO DA REDE DO PLANO, DEPOIS DE REALIZADOS OS ATENDIMENTOS CLASSIFICADOS COMO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUANDO CARACTERIZADO PELO MÉDICO ASSISTENTE A FALTA DE RECURSOS OFERECIDOS PELA UNIDADE PARA CONTINUIDADE DA ATENÇÃO AO PACIENTE;

8.11 - A CONTRATADA ASSEGURA AO BENEFICIÁRIO REGULARMENTE INSCRITO NESTE PLANO A GARANTIA DE REMOÇÃO PARA UNIDADE DO SUS, DEPOIS DE REALIZADOS OS PROCEDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NOS CASOS DO CONSUMIDOR ESTAR CUMPRINDO PERÍODO DE CARÊNCIA PARA INTERNAÇÃO OU NOS CASOS EM QUE HOUVER ACORDO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E QUE RESULTEM NA NECESSIDADE DE EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE RELACIONADOS ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.

8.12 – Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, cessando a sua responsabilidade quando efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

8.13 – Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS ou a remoção não puder ser realizada em virtude de risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e/ou da continuidade do atendimento.

8.14 – EM CASOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA, QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS, CONTRATADOS OU CREDENCIADOS DA CONTRATANTE, DENTRO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ORA CONTRATADO, SERÁ GARANTIDO O REEMBOLSO SOLICITADO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, DAS

DESPESAS POR SERVIÇOS OU ATENDIMENTOS DAS COBERTURAS CONTRATADAS E PAGAS PELO MESMO.

8.15 – Para que se cumpra o disposto no item acima descrito, faz-se necessária a apresentação da documentação comprobatória da urgência e/ou emergência, bem como da impossibilidade de utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATANTE;

8.15.1 – Os documentos deverão constar:

I – solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;

II – relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, atestando a situação de urgência e/ou emergência, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados e a data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

III – Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico, quando for o caso;

IV – Conta Hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

V – Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

VI – Comprovação da impossibilidade de utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATANTE;

VII - Quaisquer outros documentos solicitados pela CONTRATADA.

8.16 – SÓ SERÃO REEMBOLSÁVEIS AS DESPESAS VINCULADAS DIRETAMENTE AO EVENTO QUE ORIGINOU O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA AO BENEFICIÁRIO, E QUE ESTEJAM CONTEMPLADAS NA COBERTURA CONTRATADA.

8.16.1 – O REEMBOLSO DE QUE TRATA ESTA CLÁUSULA SERÁ REALIZADO COM BASE NOS VALORES DAS TABELAS DE REFERÊNCIA UTILIZADAS PELA OPERADORA, À DISPOSIÇÃO PARA FINS DE CONSULTA NA SEDE ADMINISTRATIVA DA CONTRATADA, QUE NÃO

SERÃO INFERIORES AOS PRATICADOS PELA OPERADORA JUNTO À SUA REDE DE PRESTADORES.

8.17 – OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM OCASIÕES DE INADIMPLÊNCIA, AINDA QUE COBERTOS CONTRATUALMENTE, NÃO SERÃO REEMBOLSÁVEIS ATÉ QUE OS DÉBITOS EXISTENTES SEJAM QUITADOS.

8.18 – A partir da entrega de toda documentação suficiente, a CONTRATADA terá o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso aqui definido.

8.19 – O pagamento do reembolso será feito somente ao beneficiário Titular ou a pessoa legalmente constituída.

8.20 – O beneficiário perderá o direito ao reembolso, depois de decorrido doze meses da data do evento de urgência e emergência, tal como determina a lei civil brasileira.

CLÁUSULA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 – Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

9.1.1 – A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

9.2 – CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

9.2.1 – A CONTRATADA fornecerá à CONTRATANTE, no prazo de até 15 (quinze) dias úteis, o cartão individual de identificação de cada beneficiário titular e respectivo dependente, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

9.2.1.1 – A CONTRATANTE ser responsabilizará pela entrega dos referidos cartões individuais de identificação aos respectivos beneficiários.

9.2.2 – Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, ou bem como quaisquer outros documentos porventura

fornecidos pela CONTRATADA para fins de fruição dos serviços, inclusive termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE.

9.2.3 – Será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o ônus proveniente da utilização indevida do cartão magnético de identificação, após a efetiva exclusão do beneficiário.

9.2.4 – Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA por escrito em 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via. O ônus da emissão de uma segunda via do cartão de identificação do beneficiário será do CONTRATANTE.

9.2.5 – A qualquer tempo, poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

9.3 – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.3.1 – A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através dos seus médicos cooperados ou credenciados, bem como serviços e hospitais próprios ou credenciados para o plano de saúde objeto desta contratação, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se no “GUIA MÉDICO”.

9.3.1.1 – Na hipótese do beneficiário não encontrar os serviços médicos/hospitalares de que necessite dentre os informados no GUIA MÉDICO, ou tenha dificuldade em ser atendido dentro dos prazos regulamentares, deverá contatar a CONTRATADA, através da Central de Atendimento, na sede da Operadora, ou pelo telefone que consta no cartão de identificação do beneficiário, ou através do e-mail: apoioaocliente@unimedpalmas.com.br, que adotará as providências pertinentes ao atendimento demandado, nos termos da Resolução Normativa 259 da ANS (ou outra que vier a revogar esta Resolução).

9.3.2 – Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I – Consultas Médicas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados ou credenciados à 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.

II – Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados ou credenciados nos estabelecimentos de

saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da CONTRATADA ou da UNIMED do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência.

III – 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 Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da CONTRATADA ou da UNIMED do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

9.3.3 – O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

9.3.4 – Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responder deverá apresentar à CONTRATADA ou à UNIMED do local onde se encontra o beneficiário a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado.

9.3.5 – Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário deverá contatar a Central de Atendimento para informação ou ainda diretamente na sede da CONTRATADA ou da Unimed do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação, munido do cartão magnético de identificação e a guia de solicitação do procedimento, apresentando sempre que solicitado, o laudo, relatório, exames e quaisquer outros documentos solicitados pela CONTRATADA que comprovem a necessidade do procedimento. Caso a operadora necessite da presença do beneficiário para perícia com profissional avaliador, este deverá comparecer na sede da CONTRATADA ou da Unimed do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação, munido dos documentos solicitados neste item.

9.3.6 – A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo fixado pela ANS, a partir do momento da solicitação.

9.3.7 – Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responder 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.

9.3.8 – Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo

restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

9.3.9 – 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 desempassador, 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.

9.3.10 – Será distribuído aos beneficiários regularmente inscritos o “GUIA MÉDICO”, que orientará e informará sobre a relação dos prestadores de serviços deste plano de saúde que, igualmente, poderão ser consultados por meio de acesso ao site da CONTRATADA na Internet: www.unimedpalmas.com.br e telefone: (63) 3025-5800.

9.3.11 – Considerando que a manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários, à CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art.17 da Lei 9656/98:

9.3.11.1 – 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.

9.3.11.2 – Na hipótese da substituição, por vontade própria do estabelecimento hospitalar contratado 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.

9.3.11.3 – 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.

9.3.11.4 – O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

9.4 - CO-PARTICIPAÇÃO

9.4.1– A co-participação é a participação financeira na despesa assistencial efetivada em favor do BENEFICIÁRIO, o qual deve efetuar o pagamento correspondente diretamente à CONTRATANTE, que por sua vez é responsável pelo seu pagamento à CONTRATADA, e nas condições abaixo.

9.4.2 – Os percentuais correspondentes ao custo da co-participação obrigatório nos serviços médicos contratados se darão apenas sobre as consultas e no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo dos mesmos, com exceção das internações psiquiátricas, cujo percentual é o definido na Cláusula III, Item 3.3.1, XXII.

9.4.3 – Os percentuais de co-participação acima estipulados terão como base de cálculo os valores dos procedimentos devidamente discriminados nas TABELAS DE REFERÊNCIA disponíveis para consulta na sede da CONTRATADA.

9.4.4 – Quando for o caso, os valores da co-participação nos procedimentos previstos nestas condições gerais e definidos na Proposta de Adesão, serão cobrados juntamente com as mensalidades do plano, devendo ser pagos integralmente pela CONTRATANTE, diretamente à CONTRATADA.

9.4.4.1 – Tendo em vista que as cobranças de co-participação dependem da apresentação das respectivas faturas pela rede prestadora do Plano de Saúde, os valores não tem prazo pré-determinado para serem enviados para pagamento pelo CONTRATANTE, que deverão realizá-lo juntamente com a mensalidade do mês em que tais valores forem apresentados.

9.4.4.2 – Fica estabelecido que a obrigação da CONTRATANTE em realizar os pagamentos referentes à co-participação permanece mesmo que a apresentação da cobrança ocorra após a desvinculação dos respectivos beneficiários ao presente contrato, ou após a rescisão ou rescisão do mesmo.

9.4.5 – Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da co-participação estipulada, por todos os beneficiários titulares ou dependentes inscritos no presente contrato, que será cobrada pela CONTRATADA.

CLÁUSULA X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 – Este plano será custeado no regime de preço PREESTABELECIDO (pré-pagamento), onde o valor da contraprestação pecuniária (para efeitos de inscrição e mensalidade) por beneficiário, é calculado pela CONTRATADA e pago pela CONTRATANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98, antes da utilização das coberturas contratadas, através de emissão de faturas.

10.1.1 – As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado no Termo de adesão, não sendo permitido o pagamento fracionado da respectiva mensalidade, ainda que ocorra uma eventual inadimplência do beneficiário para com a CONTRATANTE poderá ser invocada para justificar pagamento a menor, eis que responsabilidade pelo adimplemento do presente contrato é exclusiva da CONTRATANTE.

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

10.1.3 - 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.

10.2 – Juntamente com as contraprestações pecuniárias do plano, serão cobrados os valores da co-participação nos procedimentos previstos nestas condições gerais e definidos na Proposta de Adesão, conforme disposto no item 9.4.2 da cláusula IX – DO MECANISMO DE REGULAÇÃO, devendo ser pagos integralmente pelo CONTRATANTE, diretamente à CONTRATADA, até a data do seu vencimento.

10.3 – Se o CONTRATANTE não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Unimed Palmas ou retirá-lo através do website www.unimedpalmas.com.br, para que não se sujeite às consequências de pagamento de multa e juros moratórios.

10.4 – É obrigação do CONTRATANTE manter atualizados os seus dados cadastrais junto à CONTRATADA, para fins e efeitos das condições contratuais ora descritas, tendo como válidas as comunicações/notificações encaminhados ao endereço constante no cadastro.

10.5 – TODOS OS VALORES DEVIDOS POR PARCELAS DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS, DAS COPARTICIPAÇÕES, AGRAVOS, OU QUAISQUER OUTRAS DESPESAS DECORRENTES DO CONTRATO CONSTITUEM DÍVIDA LÍQUIDA E CERTA, PASSÍVEL DE EXECUÇÃO, MESMO APÓS A RESCISÃO DO CONTRATO E DE RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE.

10.6 – OCORRENDO IMPONTUALIDADE NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES, O CONTRATANTE PAGARÁ, QUANDO A LEGISLAÇÃO PERMITIR, JUROS DE MORA NA RAZÃO DE 0.033% (ZERO VÍRGULA ZERO TRINTA E TRÊS POR CENTO) CALCULADOS DIARIAMENTE, MAIS MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) APÓS O VENCIMENTO.

10.7 – A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 30 (TRINTA) DIAS, PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DESTE CONTRATO, OU CANCELAMENTO, SE A INADIMPLÊNCIA FOR SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO COM ANTECEDÊNCIA DE 10 DIAS, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

10.7.1 – NÃO SERÁ ACEITO O PAGAMENTO PARCIAL DA MENSALIDADE, CONFORME ESTABELECIDO NO ITEM 10.1.1, SOB PENA DA PARCIALIDADE DO PAGAMENTO SER CONSIDERADA INADIMPLÊNCIA PARA OS FINS DISPOSTOS NO ITEM 10.7 ACIMA.

10.8 – 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.

10.9 – A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

CLÁUSULA XI – REAJUSTE

11.1 – Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo os critérios fixados neste contrato tanto para o reajuste econômico, quanto para o reajuste técnico, tendo em vista que os valores previstos na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ensejará a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual.

11.2 – REAJUSTE ECONÔMICO

11.2.1 – Os valores das mensalidades e tabela de preços serão reajustados anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo **INPC PLANOS DE SAÚDE IBGE**, acumulado nos últimos **12 (doze) meses, calculados com antecedência de 60 dias da data de aniversário do contrato**. Na falta da divulgação do referido índice, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente. E na falta de índice

equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

11.2.1.1 – Para efeito da aplicação do índice descrito no item anterior, será considerada a seguinte fórmula:

$$RE = (1 + IF) - 1$$

Onde:

RE = Reajuste Econômico

IF = Índice Financeiro percentual

11.2.2 – Caso o índice adotado acumular saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses até a data da sua apuração, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

11.3 – REAJUSTE TÉCNICO

11.3.1 – Na hipótese da sinistralidade do contrato ultrapassar a meta de 75% (setenta e cinco por cento), além do reajuste econômico apontado acima, será realizado o reajuste técnico (RT), que obedecerá as seguintes regras:

a) No primeiro ano do contrato, a sinistralidade do Reajuste Técnico será obtida através da fórmula abaixo, considerando as despesas e receitas realizadas no período compreendido entre o 3º (terceiro) e o 10º (décimo) mês de vigência do presente contrato.

$$SiA = \frac{\sum_{k=3}^{10} Sin_k}{\sum_{k=3}^{10} Rec_k}$$

Onde:

SiA = Sinistralidade observada do contrato

k = Meses de apuração

Sin = Despesas Assistenciais do Contrato no período de apuração

Rec = Receitas (contraprestações mensais) do contrato no período de apuração

a.1) Para efeito da aplicação do índice indicador da sinistralidade apurada no item anterior, será considerada a seguinte fórmula:

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

Onde:

RT = Reajuste Técnico

SiA = Sinistralidade observada do contrato

SiR – Sinistralidade Meta (75%)

b) Nos aniversários subsequentes, a sinistralidade do Reajuste Técnico será obtida através da fórmula abaixo, considerando as despesas e receitas realizadas nos últimos doze meses até a data da sua apuração, não podendo ser superior a 60 dias antecedentes a data do aniversário.

$$SiA = \frac{\sum_{k=1}^{12} Sin_k}{\sum_{k=1}^{12} Rec_k}$$

Onde:

SiA = Sinistralidade observada do contrato

k = Meses de apuração

Sin = Despesas Assistenciais do Contrato no período de apuração

Rec = Receitas (contraprestações mensais) do contrato no período de apuração

b.1) Para efeito da aplicação do índice indicador da sinistralidade apurada no item anterior, será considerada a seguinte fórmula:

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

Onde:

RT = Reajuste Técnico

SiA = Sinistralidade observada do contrato

SiR – Sinistralidade Meta (75%)

11.3.2 – Ocorrendo a sinistralidade superior à meta de 75% (setenta e cinco por cento), o reajuste a ser aplicado considerará o acúmulo dos reajustes econômico e técnico, através da fórmula abaixo.

$$R = (1 + RT\%) \times (1 + RE\%) - 1$$

Onde:

R = Percentual de Reajuste

RT % = Reajuste Técnico Percentual

RE % = Reajuste Econômico Percentual

11.4 – 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.

11.5 – Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete a informar à ANS os percentuais de reajuste aplicados.

11.6 – As partes estabelecem também que:

a) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei 9.656/98, ou se a legislação vier a permitir;

b) 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;

c) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato.

11.6 – DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS DE PLANOS COLETIVOS

11.6.1 – Considerando o disposto na RN nº. 309/2012 da ANS, este contrato prevê o agrupamento dos contratos coletivos empresariais ou por adesão com menos de 100 vidas para que seja calculado um reajuste único para o grupo, com exceção aos planos exclusivamente odontológicos, contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN nº. 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e contratos com formação de preços pós-estabelecidos.

11.6.2 – O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato, no período que vai do mês de maio de um ano ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo de reajuste.

11.6.3– O valor do percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

11.6.4 – Todos os valores previstos no presente contrato serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, conforme a seguinte fórmula:

$$R = (1 + RT\%) \times (1 + RE\%) - 1$$

Onde:

R = Percentual de Reajuste

RT % = Reajuste Técnico Percentual do Agrupamento

RE % = Reajuste Econômico Percentual do Agrupamento

I – O índice de reajuste econômico a ser utilizado – REconômico do agrupamento– será o INPC PLANOS DE SAÚDE IBGE acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

II – O índice de reajuste técnico – RTécnico do agrupamento – será aplicado caso seja apurada sinistralidade superior a 75%, que é a meta de sinistralidade do presente contrato, e será obtido conforme a equação disposta a seguir:

$$SiA = \frac{\sum_{k=1}^{12} Sin_k}{\sum_{k=1}^{12} Rec_k}$$

Onde:

SiA = Sinistralidade observada no agrupamento dos contratos

k = Meses de apuração do agrupamento dos contratos

Sin = Despesas Assistenciais do Agrupamento dos Contratos no período de apuração

Rec = Receitas (contraprestações mensais) do Agrupamento dos contratos no período de apuração

II.1) Para efeito da aplicação do índice indicador da sinistralidade apurada no item anterior, será considerada a seguinte fórmula:

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

Onde:

RT = Reajuste Técnico do Agrupamento dos contratos

SiA = Sinistralidade observada do agrupamento dos contratos

SiR – Sinistralidade Meta (75%)

III – 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.

11.6.7 – Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 309/12 e posteriores alterações, se na data do aniversário deste contrato for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano de saúde é inferior a 100 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 100 participantes.

I – O agrupamento de contratos é a medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

II – Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha atingir 100 participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento.

III – A CONTRATADA publicará no site www.unimedpalmas.com.br o índice de reajuste a ser aplicado no agrupamento de contratos, tal como determina a legislação em vigor.

11.6.8 – Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.

11.6.9 – Fica ainda estabelecido que:

I – O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;

II – 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 nessa cláusula;

III - 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;

IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato e plano de saúde.

11.6.10 – Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato

CLÁUSULA XII – FAIXAS ETÁRIAS

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

12.1.1 – Disposição das faixas etárias:

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

12.2 – Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no Termo de Adesão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste anual.

12.3 – Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que:

- a) O valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

12.4 – Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

CLÁUSULA XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 – Não é considerada contribuição o pagamento de co-participação pelo beneficiário, bem como aos demais valores de mensalidade ou co-participação relacionados aos dependentes e agregados.

CLÁUSULA XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 – A EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO SE DARÁ PELO CANCELAMENTO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELO CONTRATANTE QUE CONCEDE ESTE BENEFÍCIO ÀS PESSOAS QUE LHES SÃO VINCULADAS.

14.2 – A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO TITULAR DESTE PLANO, PODE OCORRER AINDA:

A) PELO ÓBITO DO BENEFICIÁRIO

B) PELA RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO;

C) PELA PERDA DO VÍNCULO COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE OU ADERENTE AO PLANO DE SAÚDE CONTRATANTE;

D) FRAUDE PRATICADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, APURADA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, COMO UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, OU SEJA, QUANDO O BENEFICIÁRIO, AGINDO COMPROVADAMENTE COM

CULPA OU DOLO, AUTORIZAR TERCEIRO A UTILIZAR SEU CARTÃO PARA REALIZAÇÃO DE QUAISQUER PROCEDIMENTOS;

E) NOS CASOS DE OMISSÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE NA OPORTUNIDADE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE, DEPOIS DE DEVIDAMENTE COMPROVADA PELA CONTRATADA JUNTO A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, NO RESPECTIVO PROCESSO ADMINISTRATIVO.

F) À PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº. 412/2016 (OU OUTRA QUE VIER A REVOGAR ESTA RESOLUÇÃO)

14.3 – OS DEPENDENTES PERDERÃO A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS NAS SEGUINTE CONDIÇÕES:

A) PELA PERDA DA CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA PREVISTA NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE CONTRATO;

B) A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR;

C) FRAUDE PRATICADA PELO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, APURADA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, COMO UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, OU SEJA, QUANDO O BENEFICIÁRIO, AGINDO COMPROVADAMENTE COM CULPA OU DOLO, AUTORIZAR TERCEIRO A UTILIZAR SEU CARTÃO PARA REALIZAÇÃO DE QUAISQUER PROCEDIMENTOS;

D) NOS CASOS DE OMISSÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE NA OPORTUNIDADE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE, DEPOIS DE DEVIDAMENTE COMPROVADA PELA CONTRATADA JUNTO A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, NO RESPECTIVO PROCESSO ADMINISTRATIVO.

E) CASO HAJA A EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU PERDA DA QUALIDADE DESTE DE BENEFICIÁRIO TITULAR.

14.3.1 - OS FILHOS DESCRITOS NO ITEM 2.3 DESTE CONTRATO PERDERÃO A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES CASO VENHAM A CASAR OU ADQUIRIR UNIÃO ESTÁVEL.

14.4 – A EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO INSCRITO PODERÁ SER SOLICITADA À CONTRATADA PELO CONTRATANTE, ATRAVÉS DO

WEBSITE, POR OUTRO MEIO ELETRÔNICO PADRONIZADO PELA CONTRATADA, OU AINDA ATRAVÉS DE PLANILHAS FORNECIDAS PELA UNIMED PALMAS, OBRIGATORIAMENTE ACOMPANHADO DO CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO, OU TERMO DE RESPONSABILIDADE ASSINADO PELO CONTRATANTE, OU AINDA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR JUNTO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE OU ADERENTE AO PLANO DE SAÚDE, OU JUNTO À CONTRATADA.

14.5 – NO CASO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE SOLICITAR A SUSPENSÃO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS, ESTA EXCLUSÃO DEVERÁ SER SOLICITADA COM NO MÍNIMO 20 (VINTE) DIAS DE ANTECEDÊNCIA DA DATA DE VENCIMENTO DA FATURA REFERENTE AO MÊS DA SOLICITAÇÃO, SOB PENA DE PERSISTIR A CONTINUIDADE DA INSCRIÇÃO DO BENEFICIÁRIO, CASO EM QUE A EXCLUSÃO SERÁ EFETIVADA SOMENTE NO MÊS SUBSEQUENTE AO MÊS DA DATA DO PEDIDO DE EXCLUSÃO.

14.6 – A CONTRATADA SÓ PODERÁ EXCLUIR OU SUSPENDER A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS, SEM A ANUÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, NAS SEGUINTE HIPÓTESES:

A) FRAUDE;

B) POR PERDA DO VÍNCULO DO TITULAR COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, OU DE DEPENDÊNCIA, PREVISTOS NESTE CONTRATO, RESSALVADO O DISPOSTO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI 9.656/98.

C) SE SOLICITADO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR À CONTRATADA, CASO TENHA SE EXPIRADO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, SEM QUE A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE TENHA PROVIDENCIADO A COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO À OPERADORA.

D) SE O BENEFICIÁRIO TITULAR SOLICITAR SUA EXCLUSÃO OU DE SEU BENEFICIÁRIO DEPENDENTE JUNTO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE OU ADERENTE AO PLANO DE SAÚDE, OU À PRÓPRIA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE (CONTRATADA).

14.7 – A exclusão do beneficiário titular ou a perda da condição de beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

14.8 – A Contratante deverá observar o prazo acima descrito no item “14.5”, sob pena de persistir a responsabilidade de pagamento de mensalidades, co-participações e outros encargos referentes à inscrição do beneficiário.

CLÁUSULA XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 – CABE À CONTRATADA O DIREITO DE SUSPENSÃO OU RESCISÃO IMEDIATA E UNILATERAL QUANDO DE DOLO OU FRAUDE COMPROVADA E EM CASOS DE TOTAL INEXISTÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS CADASTRADOS NO PLANO ORA CONTRATADO, RESERVANDO-SE O MESMO DIREITO À CONTRATANTE.

15.1.1 – O ATRASO NO PAGAMENTO DA MENSALIDADE (FATURA), PELA CONTRATANTE, POR UM PERÍODO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, IMPLICARÁ NA SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO. QUANDO FOR O CASO DE “SUSPENSÃO” TODOS OS ATENDIMENTOS AOS BENEFICIÁRIOS FICARÃO RESTRITOS PARA OCORRÊNCIAS DE “URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS”.

15.2 – APÓS A VIGÊNCIA MÍNIMA OBRIGATÓRIA DE 12 (DOZE) MESES, QUALQUER UMA DAS PARTES PODERÁ RESCINDIR ESTE CONTRATO IMOTIVADAMENTE, MEDIANTE PRÉVIA COMUNICAÇÃO DA PARTE SOLICITANTE COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 60 (SESSENTA).

15.3 – O CONTRATANTE PODERÁ AINDA RESCINDIR DENTRO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL ESTABELECIDO NO CONTRATO, DESDE QUE ESTEJA EM DIA COM AS SUAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS ADVINDAS DESTE CONTRATO, E ACATE O PAGAMENTO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO.

15.4 – A INADIMPLÊNCIA DA CONTRATANTE SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DO CONTRATO, PODERÁ PROVOCAR A RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 10 (DEZ) DIAS, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

15.4.1 – NA OCORRÊNCIA DE RESCISÃO CONTRATUAL MOTIVADA PELA INADIMPLÊNCIA DA CONTRATANTE POR PRAZO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NO DECORRER DOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, CONTADOS A PARTIR DE SUA ASSINATURA, SERÁ EFETUADA PELA CONTRATADA A

COBRANÇA DE MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 20% (VINTE POR CENTO) DO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL.

15.5 – É DE RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA, NO CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO, O BLOQUEIO EM SEUS SISTEMAS PARA INUTILIZAÇÃO DOS CARTÕES INDIVIDUAIS DE IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS.

15.6 – SE NÃO FOR MANTIDO O NÚMERO MÍNIMO DE BENEFICIÁRIOS TITULARES, ESTABELECIDOS PARA MANUTENÇÃO DESTE CONTRATO, CONFORME PREVÊ O ITEM 2.2 DA CLÁUSULA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, RESSALVADO O DISPOSTO NO ITEM 15.7.

15.7 – NA HIPÓTESE DE REDUÇÃO DO NÚMERO DE USUÁRIOS FICAR ABAIXO DO LIMITE ESTABELECIDO NA CLÁUSULA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, A CONTRATADA PODERÁ, A SEU CRITÉRIO, MANTER VIGÊNCIA TEMPORÁRIA ADICIONAL, PARA QUE SEJA RECONSTITUÍDO O MÍNIMO CONTRATUALMENTE ESTABELECIDO, CABENDO A(O) CONTRATANTE PAGAR O EQUIVALENTE À MÉDIA PER CAPTA DAS MENSALIDADES, MULTIPLICADA PELO NÚMERO DE USUÁRIOS FALTANTES.

15.8 – SEM PREJUÍZO DE OUTRAS PENALIDADES LEGAIS CABÍVEIS RESCINDE-SE ESTE CONTRATO, MEDIANTE NOTIFICAÇÃO ESCRITA, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

a) APÓS O TÉRMINO DO PRAZO MÍNIMO DE VIGÊNCIA, IMOTIVADAMENTE, POR QUALQUER DAS PARTES, DESDE QUE OCORRA COMUNICAÇÃO FORMAL E PRÉVIA COM 60 (SESSENTA) DIAS DE ANTECEDÊNCIA;

b) FRAUDE COMPROVADA, DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS, INCOMPLETAS OU OMISSÃO DESTAS, REALIZADAS PELA CONTRATANTE, QUE INFLUENCIEM NA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

15.9 – A FALTA DA NOTIFICAÇÃO/COMUNICAÇÃO PREVISTA IMPLICA NA SUBSISTÊNCIA DAS OBRIGAÇÕES ASSUMIDAS.

15.10 – DURANTE O PERÍODO DE 60 (SESSENTA) DIAS COMPREENDIDO ENTRE A NOTIFICAÇÃO DE RESCISÃO E A EFETIVA RESCISÃO DO

PRESENTE CONTRATO AS PARTES FICAM IMPEDIDAS DE REALIZAREM QUALQUER INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS.

15.11 – A RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA SOBRE OS ATENDIMENTOS INICIADOS DURANTE A VIGÊNCIA DO CONTRATO CESSARÁ NA DATA DA RESCISÃO FORMAL DO MESMO, CORRENDO QUAISQUER DESPESAS A PARTIR DAÍ POR CONTA DA CONTRATANTE.

CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 – Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela CONTRATADA no padrão de acomodação contratado, será garantido aos beneficiários o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

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

16.3 – Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço da operadora.

16.4 – Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.5 – A CONTRATADA não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustados particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não.

16.6 – As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1931/09 do Conselho Federal de Medicina e suas alterações posteriores.

16.7 – A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à CONTRATADA em relação aos dados constantes na PROPOSTA DE ADESÃO, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

16.8 – A CONTRATANTE, por seus beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

16.9 – É obrigação da CONTRATANTE em comunicar formalmente qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço de seus beneficiários, sendo que se assim não proceder estará isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

16.10 – Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 a CONTRATADA deverá na contratação e na inclusão de beneficiários titulares a este plano será entregue a CONTRATANTE o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

16.11 – Este contrato foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

16.12 – A CONTRATADA, como signatária de projetos de responsabilidade social, pugna pelas orientações que seguem, considerando inclusive condição restritiva para contratar com as empresas e pessoas físicas alheias a essas recomendações:

- a) Respeitar a legislação em vigor, que proíbe o trabalho de crianças e adolescentes com menos de 16 anos, exceto na condição de aprendizes, a partir de 14 anos;
- b) Desenvolver esforços para a redução, reutilização e reciclagem de materiais e recursos, tais como energia, água, produtos tóxicos e matérias primas, buscando ainda a implantação de processos de destinação adequada de resíduos;
- c) Oferecer condições que não sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social de seus colaboradores;
- d) Cumprir as obrigações fiscais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias.

16.13 – Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos (às) beneficiário (as).

16.14 – Fazem parte do presente instrumento todos e quaisquer documentos entregues aos beneficiários na ocasião de sua assinatura e que sejam pertinentes ao plano de saúde adquirido, tais como:

- a) Guia Médico (Manual do usuário);
- b) Proposta de Adesão;

- c) Guia de Leitura Contratual - GLC;
- d) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;
- e) Tabela de preços, quando for o caso;
- f) Declaração de Saúde do titular e dependentes;
- g) Carta de Orientação ao Beneficiário;
- h) Cartão de identificação;
- i) Entrevista qualificada;
- j) Exame médico, quando for o caso.

16.15 – Para os efeitos de direitos e deveres advindos do contrato de plano de saúde, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do beneficiário em suas atividades profissionais.

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

AMBULATÓRIO: estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

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

ÁREA DE ATUAÇÃO: especificação dos municípios onde haverá garantia da cobertura assistencial, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório.

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

ATENDIMENTO HOSPITALAR: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

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

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.

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: o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual não se tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: documento que contém os dados do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação ou plano).

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

COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que garante a atenção ao parto, doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a

Saúde, da Organização Mundial da Saúde, procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

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.

COBERTURAS: compreendem o denominado Rol de Procedimentos, a que os beneficiários têm direito ao atendimento e aos serviços conforme opção firmada no contrato.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da CONTRATADA quanto do CONTRATANTE de um mesmo plano de assistência à saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

CONSULTA: é o ato médico realizado no sentido de elucidação diagnóstica e proposta terapêutica. O beneficiário terá prazo definido pelo médico que o atender, para retornar sua visita para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento, a contar da data da consulta inicial.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE: denominação atribuída ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. Equivale à mensalidade.

CONTRATADA: a UNIMED PALMAS, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora contratado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde.

CONTRIBUIÇÃO: Qualquer valor pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

COPARTICIPAÇÃO: A co-participação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO TITULAR diretamente à CONTRATANTE, que por sua vez é responsável pelo seu pagamento à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e nas condições abaixo.

DENÚNCIA: manifestação unilateral da vontade de extinguir, de não continuar a relação contratual com prazo indeterminado.

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

DOENÇA CONGÊNITA: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE (DLP): é aquela que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho.

DOENÇA: falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o indivíduo a tratamento médico.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

ENTREVISTA QUALIFICADA: orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico credenciado indicado pela operadora, antes da contratação do plano 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.

A entrevista também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que neste caso arcará com o custo proveniente.

EVENTO: é todo dano à saúde, por processo mórbido ou em decorrência de acidente de qualquer natureza. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva. Acontecimento, eventualidade, ocorrência.

EXAME COMPLEMENTAR: é o procedimento solicitado pelo médico assistente que possibilita uma investigação e elucidação de diagnóstico, ou para melhor avaliar as condições clínicas durante e após o tratamento.

GRUPO FAMILIAR: compreende todos os integrantes de um mesmo contrato familiar, ou seja, titular e seus dependentes.

HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: dá-se quando o beneficiário é admitido em hospital, para ser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

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

MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas contratadas. Equivale à contraprestação pecuniária.

NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: Mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fato moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para empregados ativos.

NOVO EMPREGO: 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.

ÓRTESE: Qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PARTO A TERMO: é aquele que ocorre entre 38 (trinta e oito) e 42 (quarenta e duas) semanas após a concepção do feto, estando este formado, maduro e pronto para a vida extra-uterina.

PATOLOGIA: estudo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: conjunto de garantias e condições cobertas referentes aos atendimentos à saúde mediante contrato firmado entre Operadora e o CONTRATANTE.

PRESTADORES DE ALTO CUSTO ou de TABELA PRÓPRIA: São aqueles que possuem sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando às tabelas praticadas pela Unimed Palmas, podendo ser, ou não, credenciados ao Sistema Unimed.

PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência e/ou emergência.

PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: são os relacionados no Anexo I da Resolução ANS/RDC nº 68 de 07/Maio/2001, ou qualquer outra que venha a substituí-la, quando referentes às Doenças e Lesões Preexistentes, que constarem em cláusula específica e terem sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

PROCEDIMENTO: para fins e efeitos do plano contratado, trata-se de formas ou meios de atendimento para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do beneficiário, quando da ocorrência de evento mórbido.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento validado pelas partes contratantes e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção contratada pela CONTRATANTE, firmando estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

PRÓTESE: qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

REAJUSTE FINANCEIRO: é o aumento da mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em contrato.

REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

REDE CREDENCIADA: conjunto de estabelecimentos de saúde, próprios ou contratados, para a prestação assistencial aos beneficiários, dentro da área de atuação do plano contratado.

RESCISÃO: supressão da relação contratual por uma das partes, devido a inadimplemento.

RESILIÇÃO: dissolução de contrato, por qualquer das partes ou por acordo de ambas as partes.

RESOLUÇÃO: dissolução do contrato, por condenação judicial, motivada pelo descumprimento de uma das partes de qualquer uma de suas cláusulas vigentes.

ROL DE PROCEDIMENTOS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento definidos pela ANS, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, além da rede própria da Cooperativa e dos médicos cooperados.

SINISTRALIDADE: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência a saúde aos beneficiários durante o período analisado.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, vinculadas através de contrato particular, para a prestação dos serviços de Atendimento Eletivo e/ou de Urgência e Emergência aos beneficiários, quando fora da área de atuação de sua Unimed de origem.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

VIGÊNCIA INICIAL: é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo de vigência contratual.

VIGÊNCIA MÍNIMA: é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo e obrigatório de vigência contratual.

VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO: é o período posterior ao da vigência inicial.

CLÁUSULA XVII- ELEIÇÃO DE FORO

17.1 - Fica definido como foro o município de domicílio do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Palmas/TO, ____ de _____ de _____.

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome:	Nome:
CPF:	CPF:
Ass.:	Ass.: