

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
PLANO DE ADESÃO AO CONTRATO ADAPTADO – RN nº 254/11

Pelo presente instrumento particular, ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DA PARAÍBA, (doravante CONTRATANTE) e a UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, (doravante CONTRATADA), em aditamento ao Contrato UNIVIDA BÁSICO (ESPECIAL) nº 160 (contrato de origem), cadastrado na ANS sob o nº 0018 (SCPA), firmam o presente TERMO ADITIVO para adaptação do contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, de acordo com as condições estipuladas nas cláusulas adiante elencadas e ainda,

- a) **CONSIDERANDO** que o contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares firmado entre a **CONTRATANTE** e a **UNIMED João Pessoa** data de **27 DE JUNHO DE 1990**.
- b) **CONSIDERANDO** a possibilidade dos **BENEFICIÁRIOS** de planos antigos terem acesso às garantias do sistema previsto na Lei 9.656/98, através de **ADAPTAÇÃO DE CONTRATOS**, prevista nos parágrafos do art. 35 da referida Lei, consubstanciando-se num aditivo contratual ao instrumento já existente.
- c) **CONSIDERANDO** a edição da **Resolução Normativa RN/ANS nº 254, de 06 de maio de 2011**, as partes resolvem proceder à adequação do referido contrato, **sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência**, mediante assinatura deste aditivo contratual e pagamento de mensalidade segundo preço estabelecido em Nota Técnica de Adaptação.

AS PARTES, CONTRATANTE e CONTRATADA, RESOLVEM exprimir livremente suas vontades, por meio do presente termo aditivo de adaptação, passando o Contrato aditivado a possuir a seguinte redação:

CLÁUSULA 01**DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO ADITIVADO**

1.1 A **CONTRATADA**, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, aos beneficiários vinculados ao **CONTRATANTE** e a seus **DEPENDENTES**, como tais incluídos no plano, através de comprovação de tal vínculo, assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações, inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção de doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como os termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

1.2 O Contrato aditivado tem as características de contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

1.3 Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada no contrato aditivado observando a rede prestadora de serviços constantes do Guia Médico da **CONTRATADA**, disponível no endereço eletrônico www.unimedjp.com.br

CLÁUSULA 02
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 São **BENEFICIÁRIOS** deste contrato aditivado o **CONTRATANTE**, considerado **BENEFICIÁRIO TITULAR**, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato aditivado, denominadas **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**.

2.2 Para a manutenção da qualidade de **BENEFICIÁRIO**, o **DEPENDENTE** deverá manter com o **BENEFICIÁRIO TITULAR** uma das seguintes relações:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a),¹ não havendo união estável na forma da lei, sem eventual concordância com o cônjuge, salvo por decisão judicial²;
- c) Filhos e enteados, ambos com até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- d) Filhos inválidos solteiros, independentemente da idade, desde que se encontrem por curatela do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e enquanto perdurar a curatela;
- e) Menores de 18 anos tutelados e/ou com guarda provisória do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.3. Em caso de inclusão de novo(s) **DEPENDENTE(S)**, este(s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato Aditivado, exceto no caso de inclusão de recém-nascidos na forma neste aditivo contratual.

¹ Súmula Normativa nº 12 Diretoria Colegiada da ANS.

² Os documentos hábeis para provar a existência de União Estável para tal fim devem ser considerados como documentos: a) Sentença judicial declarando a existência da União Estável em tela; b) Declaração de Imposto de Renda em que o (a) companheiro(a) figure como dependente do contribuinte; c) Declaração de dependente perante o INSS; d) Casamento no Religioso; e) Quando tiver filhos em comum; f) Contrato de União Estável.

2.4 Considerando as regras para planos privados de assistência à saúde com cobertura obstétrica, previstas nos incisos III, V, VII do art. 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, aplicam-se ao presente contrato aditivado, as seguintes regras (Súmula Normativa ANS nº 25, de 13 de setembro de 2012):

**QUANTO À INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO OU
SOB GUARDA OU TUTELA**

EM RELAÇÃO À CARÊNCIA

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

- a) A inscrição pode ser exercida quando o **BENEFICIÁRIO TITULAR** for pai ou mãe;
- b) A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora.

2.4.2 Caso o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta dias), o recém-nascido, **desde que inscrito no contrato aditivado em até 30 dias do nascimento ou adoção**, será isento do cumprimento de carência para cobertura assistencial.

2.4.3 Caso o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, pai ou mãe, ou responsável legal **NÃO** tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido, **desde que inscrito no contrato aditivado em até 30 dias do nascimento ou adoção**, aproveitará as carências já cumpridas pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR, DEVENDO CUMPRIR O PRAZO RESTANTE DE CARÊNCIA** (prazo de 180 dias de carência).

2.4.4 O recém nascido, sob guarda ou tutela, pode ser inscrito no plano pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, responsável legal, em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda.

2.4.5 Caso o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência de **180 (cento e oitenta dias)**, o recém-nascido, desde que inscrito no contrato aditivado em até **30 dias da guarda ou tutela**, será isento do cumprimento de carência para cobertura assistencial.

2.4.6 Caso o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, responsável legal, **NÃO** tenha cumprido o prazo de carência de **180 (cento e oitenta dias)**, o recém-nascido, desde que inscrito no contrato aditivado em até **30 dias da guarda ou tutela**, aproveitará as carências já cumpridas pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, **DEVENDO CUMPRIR O PRAZO RESTANTE DE CARÊNCIA** (prazo de 180 dias de carência).

EM RELAÇÃO À PREEEXISTÊNCIA

2.4.7 Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o **DEPENDENTE** for inscrito nos primeiros trintas dias a contar do nascimento, guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.

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

QUANTO À INCLUSÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA

EM RELAÇÃO À CARÊNCIA

2.4.8 O menor de 12 anos adotado pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

2.4.9 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 TITULAR** pai.

EM RELAÇÃO À PREEXISTÊNCIA

2.4.10 Na hipótese de menor de 12 anos, não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** for inscrito nos primeiros trintas dias a contar da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.

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

CLÁUSULA 03

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** assegurará aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10 (artigo 10 da Lei nº 9.656/1998), desde que o procedimento esteja previsto no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11).

3.2 A participação de profissional médico anesthesiologista 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 (art. 6º da RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º RN/ANS nº 262/11).

3.3 Está garantida, ainda, conforme art. 14 da Resolução Normativa – RN/ANS Nº 211, de 11 de janeiro de 2010, 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.

3.3.1 Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde (RN/ANS nº 211/10, com a redação acrescentada pelo art. 3º da RN/ANS nº 262/11).

3.3.2 **EXCLUI-SE DA COBERTURA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS** (RN/ANS nº 211/10, com a redação acrescentada pelo art. 3º da RN/ANS nº 262/11).

3.4 O atendimento está assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência do contrato adaptado, **A REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CONTRATADA, CREDENCIADA OU REFERENCIADA** da **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato aditivado (Art. 12 da RN/ANS nº 211/10).

3.5 Está garantida cobertura das ações de planejamento familiar de que trata o inciso III, do artigo 35-C, da Lei nº 9.656/1998, devendo envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observando-se as seguintes definições: (art. 7º da RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º RN/ANS nº 262/11).

I - **planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

- II - **concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- III - **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- IV - **atividades educacionais**: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- V - **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
- VI - **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

3.6 Os procedimentos e eventos cobertos neste contrato aditivado poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a CONTRATADA e prestadores de serviço de saúde (art. 4º da RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN/ANS nº 262/11).

3.6.1 Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos,

exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista (art. 4º, parágrafo único, da RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º RN/ANS nº 262/11).

COBERTURA AMBULATORIAL

3.7 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11), a seguir descritos:

- a) A cobertura de **CONSULTAS MÉDICAS COM MÉDICOS COOPERADOS**, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, a, da Lei nº 9.656/1998 e artigo 14, I, da RN/ANS nº 167/2008), **desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.** (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11) e **preenchem os requisitos previstos nas diretrizes de utilização, se houver** (artigo 14, III, da RN/ANS nº 167/2008);
- b) A 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 (artigo 12, I, b, da Lei nº 9.656/1998, artigo 14, II, da RN/ANS nº 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/25007), **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.** (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11) e **preenchem os requisitos previstos nas diretrizes de utilização, se houver** (artigo 14, III, da RN/ANS nº 167/2008);

- c) Cobertura de medicamentos registrados / regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos **contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- d) A cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **de acordo com o número mínimo de sessões (limites) estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, e desde que **preencha os requisitos previstos nas diretrizes de utilização, se houver** (artigo 14, III, da RN/ANS nº 167/2008);
- e) A cobertura de psicoterapia **de acordo com o número mínimo de sessões (limites) estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento e **diretriz de utilização, se houver**, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- f) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** vigente à época do evento, observadas as **diretrizes de utilização, se houver** (artigo 14, III, da RN/ANS nº 167/2008), em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, em número ilimitado de sessões por ano, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).

- g) A cobertura das ações de planejamento familiar, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- h) A cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- i) A cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde **DENTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento. (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- j) A cobertura de procedimentos de radioterapia **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, para a segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- k) A cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- l) A cobertura de hemoterapia ambulatorial (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).

- m) A cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN/ANS nº 262/11).

COBERTURA HOSPITALAR

3.8 A CONTRATADA garante aos BENEFICIÁRIOS, DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS, os seguintes serviços hospitalares, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11):

- a) A cobertura, DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS, em número ilimitado de dias, em todas as modalidades de internação hospitalar, no padrão de acomodação especificada no contrato aditivado.
- i. Aos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE será assegurado, nos casos de internação, o padrão de acomodação especificado no contrato aditivado de prestação de serviços médicos e hospitalares, **observado o disposto na RN/ANS nº 286/2012.**
 - ii. Inexistindo vaga³ na acomodação contratada, na forma especificada no contrato aditivado, o ônus adicional da internação do mesmo em acomodação superior, conforme determina o artigo 33 da Lei nº 9.656/98, será da **CONTRATADA.**
 - iii. Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado (rede credenciada), poderá a **CONTRATADA** remover o BENEFICIÁRIO,

³ A inexistência de vaga pode ocorrer por efetiva ocupação do leito, por reservas de leito para casos de alta hospitalar de UTI e/ou reserva de leito para realização de procedimentos eletivos.

arcando com o ônus desta remoção, considerando as condições clínicas do paciente e desde que autorizado pelo médico assistente.

- iv. No caso acima, optando o **BENEFICIÁRIO** em permanecer no **HOSPITAL**, será de sua responsabilidade o pagamento das complementações de preços de diárias e dos honorários médicos, que deverão ser ajustados de comum acordo entre o **BENEFICIÁRIO**, os médicos, e o **HOSPITAL**, não havendo interferência ou responsabilidade da **CONTRATADA**.
- v. Excetuando-se os casos acima descritos, e havendo vaga na acomodação contratada, o **BENEFICIÁRIO** da **CONTRATADA** que optar por acomodação superior diferente da prevista no plano contrato aditivado, **ficará responsável pelo pagamento das complementações de preços de diárias, conforme Tabela da UNIMED e dos honorários médicos, no valor da diferença de acomodação prevista na CBHPM.**

b) A cobertura integral dias de internação psiquiátrica.

c) A cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).

- i. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, por equipo multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao **BENEFICIÁRIO** a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).

- ii. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas estão cobertos por este contrato aditivado.
- d) A cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- e) A cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e observadas as diretrizes de utilização, se houver (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11), observando o seguinte:
- i. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
 - ii. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
 - iii. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).

- f) A cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante a internação hospitalar (artigo 12, II, c, da Lei nº 9.656/1998);
- g) A cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento** (artigo 12, II, d, da Lei nº 9.656/1998) e **atendam às diretrizes de utilização, se houver.**
- h) A cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento** (artigo 12, II, e, da Lei nº 9.656/1998);
- i) A cobertura para remoção do paciente, **COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA NOS TERMOS DA RN/ANS Nº 259/11**, para outro estabelecimento hospitalar (remoção interhospitalar), **DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTOS NO CONTRATO ADITIVADO**, em território brasileiro (artigo 12, II, e, da Lei nº 9.656/1998), desde que cumpridos os prazos de carência e cobertura parcial temporária para internação previstos neste contrato aditivado.
- j) A cobertura de despesas, incluindo alimentação e acomodação, fornecidas pelo hospital ao acompanhante **no caso de pacientes crianças e adolescentes menores de dezoito anos; idosos com idade igual ou superior a 60 anos, bem como pessoas portadoras de deficiências**, conforme indicação do médico assistente, **exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares** (artigo 12, II, f, da Lei nº 9.656/1998 c/c artigo 16 da Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e

artigo 15, I e RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).




- k) A cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-facial listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- l) A cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que **POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11), observadas as diretrizes de utilização se houver:
- i. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
1. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião – dentista assistente e/ou médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos,

assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11); e

2. Os honorários do cirurgião – dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizado em ambiente hospitalar, **NÃO** estão incluídos na cobertura do plano (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).

m) A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11) e desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observadas as diretrizes de utilização se houver:

- i. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- ii. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- iii. procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

- iv. hemoterapia;
 - v. nutrição parenteral ou enteral;
 - vi. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - vii. - embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - viii. radiologia intervencionista;
 - ix. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - x. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - xi. acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, **EXCETO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO.**
- n) A 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 (Lei nº 9.656/98, art. 10-A, incluído pela Lei nº 10.223/2001);
- o) A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções **conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento** observadas as diretrizes de utilização se houver. 
- p) A cobertura de **TRANSPLANTES DE RINS E CÓRNEAS E TRANSPLANTES AUTÓLOGOS E ALOGÊNICOS DE MEDULA ÓSSEA**, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento (artigo 2º da Resolução CONSU nº 12/1998 e artigo 15, § 3º, III, da RN/ANS nº 167/2008), observadas as diretrizes de utilização se houver, e dos procedimentos a ele 


vinculados, incluindo (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11):

- i. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO** receptor (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
 - ii. Os medicamentos utilizados durante a internação (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11), **EXCETO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO.**
 - iii. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
 - iv. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN /ANS nº 262/11).
- q) Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção (§1º, do art. 8º da RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11).
- r) 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 autorizados em que se encontre o receptor.

- s) OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS, DECORRENTES DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS, TÊM COBERTURA OBRIGATÓRIA QUANDO CONSTAREM DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS RESPEITADAS AS SEGMENTAÇÕES E OS PRAZOS DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT.
- t) PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, COMO INTERNAÇÃO EM LEITO DE TERAPIA INTENSIVA APÓS TRANSPLANTE NÃO COBERTO, NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL, NÃO HAVENDO OBRIGATORIEDADE DE SUA COBERTURA POR PARTE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
- u) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias **SOMENTE** terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN/ANS nº 262/2011).
- i. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.9 A CONTRATADA garante aos beneficiários, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11), observadas as diretrizes de utilização se houver, **BEM COMO AS SEGUINTE EXIGÊNCIAS:**

3.9.1 A cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) Pré-parto
- b) Parto; e
- c) Pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

3.9.2 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, ou seu **DEPENDENTE**, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

3.9.3 A opção de inscrição assegurada ao recém nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, como **DEPENDENTE**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **DESDE QUE A INSCRIÇÃO OCORRA NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS DO NASCIMENTO OU ADOÇÃO.**

3.9.4 Para fins de cobertura do parto normal listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA 04
EXCLUSÕES DE COBERTURA

4. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções da ANS e respeitando as coberturas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 211/10, atualizada pela RN/ANS nº 262/11), estão excluídos da 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, os que NÃO preencham os requisitos previstos nas Diretrizes de Utilização e os provenientes de:

4.1 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 OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA; OU
- C) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA / MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL) (RN/ANS nº 211/10, com a redação dada pelo art. 2º da RN/ANS nº 262/11);

4.2 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA QUE NÃO VISAM RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA (RN/ANS nº 211/10, art. 16, II);

4.3 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 DE OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS (RN/ANS nº 211/10, art. 16, III);

4.4 TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS (RN/ANS nº 211/10, art. 16, IV).

4.5 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA (RN/ANS Nº 211/10, Art. 16, V).

4.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE (RN/ANS Nº 211/10, ART. 16, VI).

4.7 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – CITEC (RN/ANS Nº 211/10, ART. 16, VII).

4.8 FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO .

- I) PRÓTESE É ENTENDIDA COMO QUALQUER MATERIAL, PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE SUBSTITUA TOTAL OU PARCIALMENTE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO (RN/ANS N° 211/10).
- II) ÓRTESE É ENTENDIDA COMO QUALQUER MATERIAL PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE AUXILIE AS FUNÇÕES DE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, SENDO NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO OU MATERIAIS CUJA COLOCAÇÃO OU REMOÇÃO NÃO REQUEIRAM A REALIZAÇÃO DE ATO CIRÚRGICO.
- III) A CLASSIFICAÇÃO DOS DIVERSOS MATERIAIS UTILIZADOS PELA MEDICINA NO PAÍS COMO ÓRTESES OU PRÓTESES DEVERÁ SEGUIR LISTA A SER DISPONIBILIZADA E ATUALIZADA PERIODICAMENTE NO ENDEREÇO ELETRÔNICO DA ANS NA INTERNET (www.ans.gov.br)

4.9 TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES (RN/ANS N° 211/10, ART. 16. IX);

4.10 CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE (RN/ANS n° 211/10, art. 16, X)

4.11 ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS (RN/ANS 211/10, art. 16, XI).

4.12 ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL, ANTES DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL

TEMPORÁRIA OU PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO ADITIVADO;

4.13 A REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS (RN/ANS Nº 211/10 com a redação dada pelo art. 3º da RN/ANS nº 262/11).

4.14 DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS:

I) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS À PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS, IDOSOS A PARTIR DOS 60 (SESSENTA) ANOS E PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS, SALVO CONTRA INDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE (RN/ANS Nº 211/10, ART. 18); e

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

4.15 CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

4.16 PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTES CONTRATO ADITIVADO;

4.17 PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATADA, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS À OPERADORA, À EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA,

QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS E, POSTERIORMENTE, REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO ADITIVADO;

4.18 ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR, BEM COMO SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR;

4.19 CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS DE QUALQUER NATUREZA;

4.20 DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO AS LISTADAS NO ITEM 3.6.1 DESTE CONTRATO ADITIVADO;

4.21 APLICAÇÃO E FORNECIMENTO DE VACINAS;

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

4.23 ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

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

4.25 TRANSPLANTES, EXCETO OS PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS;

4.26 PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

4.27 INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

4.28 INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR, ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, INCLUSIVE HOME CARE;

4.29 PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE NA DATA DO EVENTO E/OU QUE NÃO ATENDAM OS REQUISITOS PREVISTOS NAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DO ROL DA ANS; E

4.30 ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM.

CLÁUSULA 05**DO VALOR DO AJUSTE DA ADAPTAÇÃO**

5.1. O percentual do ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a prestação pecuniária vigente à data da assinatura deste instrumento será de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento), em conformidade com a Nota Técnica Atuarial de Adaptação. O novo valor das mensalidades dos beneficiários inscritos neste contrato aditivado será o abaixo discriminado:

Tabela de Preço do Contrato (PLANO COM CO-PARTICIPAÇÃO)

FAIXA ETÁRIA	Tabela Antiga		Tabela Nova	
	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
00 a 18 anos	R\$ 109,61	R\$ 66,35	R\$ 132,18	R\$ 80,01
19 a 23 anos	R\$ 140,30	R\$ 84,92	R\$ 169,18	R\$ 102,41
24 a 28 anos	R\$ 172,56	R\$ 104,46	R\$ 208,10	R\$ 125,97
29 a 33 anos	R\$ 200,18	R\$ 121,17	R\$ 241,39	R\$ 146,12
34 a 38 anos	R\$ 224,20	R\$ 135,71	R\$ 270,36	R\$ 163,66
39 a 43 anos	R\$ 239,89	R\$ 145,21	R\$ 289,28	R\$ 175,11
44 a 48 anos	R\$ 268,67	R\$ 162,63	R\$ 323,99	R\$ 196,12
49 a 53 anos	R\$ 335,85	R\$ 203,30	R\$ 405,00	R\$ 245,16
54 a 58 anos	R\$ 453,40	R\$ 274,46	R\$ 546,75	R\$ 330,97
= a 59 anos	R\$ 657,44	R\$ 397,96	R\$ 792,80	R\$ 479,90

Tabela de Preço do Contrato (PLANO SEM CO-PARTICIPAÇÃO)

FAIXA ETÁRIA	Tabela Antiga		Tabela Nova	
	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
00 a 18 anos	R\$ 122,95	R\$ 71,45	R\$ 148,27	R\$ 86,16
19 a 23 anos	R\$ 157,37	R\$ 91,45	R\$ 189,77	R\$ 110,28
24 a 28 anos	R\$ 193,56	R\$ 112,48	R\$ 233,42	R\$ 135,64
29 a 33 anos	R\$ 224,54	R\$ 130,48	R\$ 270,77	R\$ 157,35
34 a 38 anos	R\$ 251,48	R\$ 146,14	R\$ 303,26	R\$ 176,23
39 a 43 anos	R\$ 269,08	R\$ 156,36	R\$ 324,48	R\$ 188,56
44 a 48 anos	R\$ 301,36	R\$ 175,12	R\$ 363,41	R\$ 211,18
49 a 53 anos	R\$ 376,72	R\$ 218,91	R\$ 454,28	R\$ 263,99
54 a 58 anos	R\$ 508,58	R\$ 295,54	R\$ 613,29	R\$ 356,39
= a 59 anos	R\$ 737,43	R\$ 428,53	R\$ 889,27	R\$ 516,77

5.2 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido (item 11 do Anexo II da RN/ANS nº 100/2005).

5.3 A mensalidade que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** pagará à **CONTRATADA** será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** na importância definida na Proposta de Adesão.

5.4 O pagamento da mensalidade deverá ser feito no dia 08 de cada mês, ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não houver expediente bancário.

5.5 Se o **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA**, para que não se sujeite à consequência da mora, pois o não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo e vencimento mensal.

5.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso (0,033% ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

5.7 O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

5.8 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

5.9 O **CONTRATANTE** reconhece que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **CONTRATADA** proceder a sua cobrança por execução judicial, nos termos do art. 585, II do CPC, sem prejuízo das demais sanções previstas no contrato aditivado.

CLÁUSULA 06 DO REAJUSTE ANUAL

6.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preço para novas adesões estabelecidos pela **CONTRATADA** deverão ser fixados em moeda corrente do País e serão reajustados automática e anualmente, de conformidade com o **ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DO MERCADO - IGPM, (Fundação Getúlio Vargas - FGV)**. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com antecedência de 03 (três) meses em relação à data base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato de origem, ora aditivado.

6.1.2 Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato (RN nº 195/09, art. 109).

6.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do Contrato, este será reavaliado.

6.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade do Contrato aditivado ultrapassar o índice de **75% (setenta e cinco por cento)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 03 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato de origem, ora aditivado.

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

$$\left[R = (S/Sm) - 1 \times 100 \right]$$

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

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

6.3 NA HIPÓTESE DE SE CONSTATAR A NECESSIDADE DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE POR SINISTRALIDADE, PREVISTO NO ITEM 6.2 DESTA CLÁUSULA, O MESMO DEVERÁ SER PROCEDIDO DE FORMA COMPLEMENTAR AO ESPECIFICADO NO ITEM 6.1 E NA MESMA DATA, DE FORMA A GARANTIR A ANUALIDADE DOS REAJUSTES.

6.4 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 6.1 desta Cláusula será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

6.6 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 20 da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

6.7 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 (artigo 19, da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

6.8 Os reajustes aplicados a este contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor, ficando as partes, desde já cientificadas que os contratos coletivos contratados na forma da presente não estão sujeitos aos índices de reajuste fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para planos individuais.

Agrupamento de Contratos⁴ Coletivos para Cálculo do Percentual de Reajuste
- RN /ANS nº 309/12 -

6.9 Acaso este contrato venha a possuir menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, o cálculo do percentual de reajuste será feito em conformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que estabelece a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento (art. 1º RN/ANS nº 309/2012).

6.9.1 A quantidade de **BENEFICIÁRIOS**, incluindo **TITULARES** e **DEPENDENTES**, será apurada na data da assinatura deste contrato. As datas seguintes serão apuradas anualmente no mês de aniversário do contrato (art. 6º RN/ANS nº 309/2012).

⁴ Medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles (RN/ANS nº 309/12, art. 2º, I)

11.9.1.1 Este contrato será considerado agregado ao agrupamento se possuir quantidade de **BENEFICIÁRIOS** igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários na data prevista no item 6.9.1, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de **BENEFICIÁRIOS** (art. 6º §2º RN/ANS nº 309/2012)

11.9.2 Caso a quantidade de **BENEFICIÁRIOS** deste contrato seja superior a 29 (vinte e nove), na data prevista no item 6.9.11, esse contrato ficará desagregado do agrupamento (art. 6º §3º RN/ANS nº 309/2012)

6.9.2 A quantidade de **BENEFICIÁRIOS** do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

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

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

6.9.5 Caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento (quantidade de **BENEFICIÁRIOS** igual ou superior a 30 beneficiários, na data de aniversário), será aplicado o reajuste e acordo com a cláusula 6 deste contrato.

6.10 A **CONTRATADA** divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na internet (www.unimedjp.com.br), o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

-Metodologia de Cálculo do Percentual de Reajuste -

6.12 O Percentual de Reajuste do Agrupamento de Contratos será definido por:

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

Onde:

R = Percentual de Reajuste

$RT\%$ = Reajuste Técnico Percentual

$RF\%$ = Reajuste Financeiro Percentual

6.12.1 Reajuste Técnico:

O reajuste técnico tem como objetivo manter o equilíbrio da carteira, e corrige a sinistralidade observada para o grupo em relação à sinistralidade requerida pela operadora, que é de **65%** (sessenta e cinco por cento), para efeitos de agrupamento de contratos.

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

Onde:

SiA = Sinistralidade observada do agrupamento de contratos;

SiR = Sinistralidade requerida = 0,65

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

$$SiA = \frac{\sum Sin_{c,t} \cdot p^{-t}}{\sum Rec_c}$$

Onde:

c = Índice do contrato pertente ao agrupamento

$Sini_c$ = Despesas Assistenciais do contrato c no período de apuração

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

p = ajuste de Peona

O ajuste de Peona (p) tem por objetivo considerar os sinistros que já ocorreram mais que ainda não foram avisados para a operadora. Ele será definido da seguinte forma:

$$p = \frac{\text{Sinistro Avisado}}{\text{Sinistro Avisado} + \text{Peona}}$$

Onde:

Sinistro Avisado = Total de sinistro avisado da operadora no período de análise

Peona = Saldo da Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados no último mês do período de análise.

6.12.2 Reajuste Financeiro:

O reajuste financeiro corresponderá à aplicação do **ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DO MERCADO - IGPM**, (Fundação Getúlio Vargas - FGV) acumulado de 12 meses (de março a fevereiro de cada ano), ou o último índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para os planos individuais ou familiares, o que for maior.

CLÁUSULA 07 DO MÊS DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO

7.1 A data do reajuste anual do contrato, ora adaptado, será a mesma prevista no contrato de origem, ora adaptado.

CLÁUSULA 08
DO PRAZO PARA CUMPRIMENTO DE CPT

8.1 No caso de doenças ou lesões pré-existentes⁵, os serviços contratados serão prestados após o cumprimento de cobertura parcial temporária por um período ininterrupto de 24 meses a partir da contratação do plano. Durante a CPT, haverá a suspensão de cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO ou seu representante legal (RN nº 162/07).

8.2 O beneficiário que estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, conforme a definição dada pela RN nº 162, de 2007, deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quando para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação, relacionados à Doença ou Lesão Preexistente que motivou a CPT.

8.3 Havendo a inclusão de novo BENEFICIÁRIO no contrato, o mesmo deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes⁶ à época da adesão ao

⁵ Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX, do art. 4º da Lei 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 167/2007.

⁶ Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX, do art. 4º da Lei 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 167/2007.

contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

8.4 DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

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

a.1) O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

a.2) Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

a.3) O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

a.4) 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.

a.5) 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. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

a.6) 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 assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

a.7) Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

a.8) Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

a.9) É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

a.10) Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

a.11) Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao

beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

a.12) Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

a.13) A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

a.14) A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

a.15) Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

a.16) Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

a.17) 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, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA 09
DO PRAZO PARA CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA

9.1 O beneficiário que estiver em cumprimento de Carência, deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9.656, de 1998, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quando para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação.

9.2 Para os beneficiários inscritos após a assinatura deste termo aditivo, os serviços contratados serão prestados após o cumprimento dos prazos de carência.

a) As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da inclusão do novo beneficiário, sendo assim especificadas:

- i) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência
- ii) 300 (trezentos) dias para partos a termo
- iii) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos

9.3 A CONTAGEM DO PERÍODO DE CARÊNCIA PARA CADA BENEFICIÁRIO, INICIAR-SE-Á A PARTIR DA DATA DO SEU INGRESSO NO PLANO.

9.4 No caso de mudança, SEM INTERRUPÇÃO DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS, será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, ou acesso a melhor padrão de acomodação ou, ainda, quando for ampliada a área de abrangência geográfica do contrato.

9.4.1 Os direitos contratuais adquiridos no plano anterior, através das carências já cumpridas, e dentro de seus limites, poderão ser aproveitados durante a vigência das carências do novo Plano, desde que não haja solução de continuidade na prestação dos serviços.

CLÁUSULA 10

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1 A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

10.2 É ASSEGURADA A GARANTIA DE COBERTURA INTEGRAL, AMBULATORIAL E HOSPITALAR PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (ART. 5º DA RESOLUÇÃO CONSU 13/1998)

10.3 DURANTE O CUMPRIMENTO DE PRAZO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, A GARANTIA DE ATENDIMENTO QUE RESULTE NA NECESSIDADE DE EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE RELACIONADOS ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTE (ARTIGO 6º DA RESOLUÇÃO CONSU 13/1998), SERÁ LIMITADA ÀS PRIMEIRAS DOZE HORAS, OU ATÉ QUE OCORRA A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO.

10.4 Após cumpridos os períodos da cobertura parcial temporária, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução CONSU nº 13/1998).

10.5 A beneficiária terá garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência de 300 dias (Súmula Normativa RN/ANS nº 25/2012).

10.6 No que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionado a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades (Súmula Normativa/ANS nº 25/2012):

10.6.1 Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência de 180 dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida;

10.6.2 Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência de 180 dias:

- i) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas.
- ii) persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.
- iii) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da **CONTRATADA**.
- iv) **em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.**

10.7 A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai **NÃO** garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, mas não tenha cumprido as carências para parto.

DA REMOÇÃO

10.8 A remoção do paciente será garantida pela **CONTRATADA** nas seguintes hipóteses:

I - PARA OUTRA UNIDADE DE ATENDIMENTO DA REDE DO PLANO, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, **quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente (RN/ANS nº 259/11);**

II - PARA UMA UNIDADE DO SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

11.9 A UNIMED garantirá a cobertura de remoção PARA OUTRA UNIDADE DE ATENDIMENTO DA REDE DO PLANO após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta e recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

11.10 Nos casos previstos no item anterior, quando não possa haver remoção por risco de vida, o BENEFICIÁRIO (CLIENTE) e o PRESTADOR (HOSPITAL) deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED, desse ônus.

10.11 Caberá à UNIMED o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

10.12 Na remoção, a UNIMED deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

10.13 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida nesta cláusula, a UNIMED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

10.14 Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OCORRIDOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA CONTRATUAL SEMPRE QUE NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRESTADORES DA REDE ASSISTENCIAL DESTE PLANO (Lei nº 9.656/98, art. 12, VI);

10.15 O **BENEFICIÁRIO** terá o prazo de 1 (um) ano a partir do atendimento, para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos: nota fiscal e recibos pagos com descrição completa dos serviços médicos, diárias, taxas, medicamentos, materiais, terapias etc.

10.16 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor não poderá ser inferior ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto à rede assistencial do presente plano (artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1988).

CLÁUSULA 11

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

11.1 PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO** poderá ocorrer, nas seguintes situações:

11.2 DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a. Por rescisão do presente Contrato;
- b. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, apurada de acordo com a legislação vigente.

11.3 DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

- a. Pela perda da condição de dependência prevista na cláusula 02 deste contrato (condições de admissão);
- b. A pedido do **BENEFICIÁRIO TITULAR**;
- c. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, apurada de acordo com a legislação vigente.

11.4 Caberá, tão-somente, ao **BENEFICIÁRIO TITULAR OU AO SEU PROCURADOR, LEGALMENTE CONSTITUÍDA POR PROCURAÇÃO PÚBLICA** solicitar a exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, podendo a **CONTRATADA** excluir ou suspender a assistência à saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, **sem a anuência do CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; ou
- b) **por perda dos vínculos de dependência com o TITULAR**

11.5 É de responsabilidade do **CONTRATANTE**, no caso de exclusão de **BENEFICIÁRIO**, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da **CONTRATADA**, ficando a **CONTRATANTE** responsável pelo pagamento integral de toda e qualquer utilização dos serviços médico-hospitalares até a efetiva devolução das carteiras de identificação.

11.6 A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, **DESDE QUE SOLICITADA A MANUTENÇÃO NO PRAZO DE 30 DIAS APÓS A EXCLUSÃO OU MORTE DO TITULAR (RN/ANS 195/09).**

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

CLÁUSULA 12 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1 Somente terão direito aos serviços ora contratados, os **BENEFICIÁRIOS (TITULAR e DEPENDENTES)** regularmente inscritos neste contrato.

12.1.1 Os serviços ora contratados serão prestados, observando-se os prazos de atendimento previstos na RN/ANS nº 259/11.

12.1.2 Em conformidade com o que dispõe a RN/ANS nº 259/11, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

12.2 A **CONTRATADA** disponibilizará no seu sítio eletrônico (www.unimedjp.com.br), o guia médico, informando a relação dos seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

12.3 Para utilização dos serviços médico-hospitalares cobertos pelo presente contrato deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

a) **CONSULTAS MÉDICAS**: deverão ser realizadas nos consultórios médicos credenciados, cabendo ao **BENEFICIÁRIO** fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, com antecedência (exceto em caso de urgência ou de emergência), mediante apresentação dos seguintes documentos:

- cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação do **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela

CONTRATADA.

b) **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E DEMAIS COBERTURAS PREVISTAS NESTE CONTRATO**: o **BENEFICIÁRIO** será atendido na **REDE PRÓPRIA** ou, na impossibilidade, nos locais indicados na rede credenciada, mediante apresentação dos seguintes documentos (à exceção dos casos de urgência e emergência, quando os documentos poderão ser apresentados no prazo de dois dias úteis):

- cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação do **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela

CONTRATADA;

- guia de autorização fornecida pela Central de Atendimento, instruída com requisição do médico assistente ou cirurgião-dentista.

c) **INTERNACÕES ELETIVAS:** o **BENEFICIÁRIO** será atendido em **HOSPITAIS ESPECÍFICOS CREDENCIADOS** e listados no **GUIA MÉDICO**, disponível no sítio eletrônico da **CONTRATADA** (www.unimedjp.com.br). O **BENEFICIÁRIO** ou o seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos:

- carteira de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação de **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela **CONTRATADA**, em vigor;
- guia de autorização fornecida pela Central de Atendimento, instruída com requisição do médico assistente ou cirurgião-dentista, bem como as razões que justifiquem o diagnóstico, tratamento proposto e a data provável em que ela deva se realizar.

d) **INTERNACÕES DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA:** o **BENEFICIÁRIO** será internado independentemente da apresentação dos documentos e da guia de autorização, devendo apresentá-los, posteriormente, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis. Decorrido este prazo, sem o cumprimento da obrigação, a **UNIMED** se reserva o direito de não custear os serviços realizados, que ficarão a cargo exclusivo do **BENEFICIÁRIO**.

12.3.1 A **CONTRATADA** poderá, ao seu critério, determinar a realização de auditorias médicas antes, durante e após a autorização dos procedimentos previstos neste contrato, com a finalidade de monitorizar o estado clínico do paciente, verificando a procedências, as justificativas para os procedimentos, exames e internações, gerenciando a internação, quando for o caso, e auxiliando na liberação de procedimentos, órteses, próteses, materiais e medicamentos especializados.

12.3.1.1 Nas análises técnicas realizadas por auditores da **CONTRATADA** será verificado se o procedimento solicitado é compatível com a patologia diagnosticada, bem como se há evidências

científicas que embasem a sua solicitação, se o procedimento é ético, experimental, e, quando necessário serão solicitadas esclarecimentos ao médico assistente.

12.3.1.2 A auditoria da **CONTRATADA** poderá atuar junto aos profissionais da assistência, a fim de monitorizar o estado clínico do paciente internado, verificando a procedência, as justificativas de internação, procedimentos, materiais, medicamentos e qualidade da assistência prestada, sempre buscando a implementação da medicina baseada em evidências na prática médica local.

12.4 A CONTRATADA NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELO PAGAMENTO DE QUAISQUER SERVIÇOS EVENTUALMENTE UTILIZADOS DE MANEIRA DIVERSA DO ACORDADO OU DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NESTE CONTRATO E/OU NÃO CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS.

12.5 NÃO SERÃO AUTORIZADAS AS INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS NÃO CREDENCIADOS, EM ESPECIAL OS QUE ATENDAM EXCLUSIVAMENTE COM TABELAS PRÓPRIAS / ALTO CUSTO, CUJOS VALORES ULTRAPASSEM OS PRATICADOS PELA UNIMED COM OS DEMAIS PRESTADORES.

12.6 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

12.6.1 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao **BENEFICIÁRIO** e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor (Lei nº 9.656/98, art. 17, §1º).

12.6.2 Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** Durante período de internação de algum **BENEFICIÁRIO**, será garantido o pagamento das

despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência.

12.6.3 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

12.7 OS SERVIÇOS ORA CONTRATADOS SÃO PRESTADOS EXCLUSIVAMENTE PELOS PROFISSIONAIS E ENTIDADES CONSTANTES NA RELAÇÃO DIVULGADA NO GUIA MÉDICO E ATRAVÉS DO SÍTILO ELETRÔNICO: (www.unimedjp.com.br)

CLÁUSULA 13 DA RESCISÃO OU SUSPENSÃO DO CONTRATO

13.1 O presente contrato aditivado poderá ser rescindido ou suspenso, a critério da **CONTRATADA** nos seguintes casos (Lei nº 9.656/98, art. 13):

I- atraso do pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, desde que o **BENEFICIÁRIO** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

II- Na hipótese de fraude comprovada, na forma indicada na Cláusula 07 deste instrumento contratual.

13.2 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo **BENEFICIÁRIOS** internados, compromete-se a **CONTRATADA** a arcar integralmente com as respectivas despesas.

13.3. Rescindido o Contrato, obriga-se o **CONTRATANTE** a devolver à **UNIMED** todas as carteiras / cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida e pelos prejuízos que der causa, além de ser obrigado judicialmente a quitar as parcelas vencidas, nos casos de rescisão por inadimplência.

CLÁUSULA 14
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 Ficam mantidas as cláusulas contratuais do contrato de origem que sejam compatíveis com a legislação em vigor.


14.2 A partir da vigência do presente aditivo, o contrato submeter-se-á a todas as disposições da Lei nº9.656, de 1998, a partir da vigência do aditivo, inclusive quanto a reajustes e revisões.

14.3 O presente aditivo contratual entra em vigor no ato da sua celebração, ficando desde já consignado que uma vez efetivada a adaptação contratual, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 22 da RN/ANS 254.

14.4 Permanecem inalteradas as demais disposições constantes do contrato ora aditado que não conflitem com o sistema previsto na Lei 9.656/98, as quais são neste ato ratificadas integralmente, obrigando-se as partes e seus sucessores ao integral cumprimento aos termos constantes no mesmo, a qualquer título.

E por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente aditivo contratual em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

João Pessoa, 02 de dezembro de 2013



CONTRATANTE

Francisco Antonio Borges de Moura
Presidente
ASSIFPB



CONTRATADA



ANEXO I – ENTIDADES EXCLUÍDAS

RELAÇÃO DOS HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA QUE NÃO SÃO CREDENCIADOS À UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, DE ACORDO COM ESTE CONTRATO.

1. Para atendimento, fica estabelecido que **NÃO SERÃO AUTORIZADOS OS PROCEDIMENTOS EM HOSPITAIS QUE ATENDAM EXCLUSIVAMENTE COM TABELA PRÓPRIA E ALTO CUSTO, OS QUAIS, EMBORA FAÇAM PARTE DA REDE CONTRATADA DE OUTRAS COOPERATIVAS DO SISTEMA UNIMED**, possuem tabelas próprias de preços e não seguem as regras para o intercâmbio⁷ praticado pela UNIMED, **EXEMPLIFICADAMENTE** os constantes da relação abaixo:

BA	Salvador	Okyta Clínica Ltda.
BA	Camaçari	Med Center Clirca Clínica Metropolitana
BA	Salvador	Núcleo de Medicina da Bahia Ltda.
BA	Alagoinhas	Hospital das Clínicas de Alagoinhas Ltda.
BA	Alagoinhas	Cetro Centro Especializado em Traumat.
BA	Alagoinhas	UMI Urgência Médica Infantil Ltda.
BA	Camaçari	Sermege Serviços Médicos em Geral
BA	Camaçari	Clínica Santa Helena SC Ltda.
BA	Camaçari	Semed Serviços Médicos em Geral
BA	Dias D'Ávila	Promater Policlínica e Maternidade
DF	Brasília	Diagnósticos da América
PE	Recife	Hospital Esperança
PE	Recife	Hospital Santa Joana
PE	Recife	Real Hospital Português

⁷ Considera-se “beneficiário de intercâmbio” quando a sua utilização dos serviços médico-hospitalares ocorre por intermédio de prestadores vinculados a Unimeds diferentes daquela contratada.

RJ	Rio de Janeiro	DH – Day Hospital Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Centron – Centro de Tratamento Oncol
RJ	Rio de Janeiro	Meier Medical Center S/C Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Preslaf – Empresa de Serviços Hospitalares
RJ	Rio de Janeiro	Hospital e Maternidade São Luiz S.A.
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Norte D’Or de Cascadura S.A.
RJ	Niterói	Hospital de Clínicas de Niteóis Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Ipanema – Serviço de Assistência M.
RJ	Rio de Janeiro	Medise Medicina Diagnóstico e Serviços Ltda.
RJ	Niterói	Hospital Icarai Clínica São Gonçalo Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Laranjeiras Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Santa Lúcia S/A
RJ	Rio de Janeiro	Associação Beneficente Israelita do Rio
RJ	Rio de Janeiro	Clínica Sorocaba S/A
RJ	Rio de Janeiro	Associação Congregação de Santa Catarina
RJ	Rio de Janeiro	Clínica Pediátrica Barra Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Jorge Jaber Clínica de Psicoterapia Ltda.
RN	Mossoró	NIPO Núcleo Integrado Psico Odontológico
RS	Novo Hamburgo	ITC – Inst. De Trat. Cardiovascular
RS	Novo Hamburgo	Bem Estar Cli Fisioterapia e Reab Ltda.
RS	Novo Hamburgo	Nutrimark Nutrição Clínica Ltda.
RS	Ivoti	Cassel Clín. De fisio. e Estática Ltda.
RS	Portão	ESSA – Clínica Multiprofissional Ltda.
RS	São Leopoldo	Bem Nutrir Clínica Consultoria e Assesso
RS	Novo Hamburgo	Fleury S.A.
RS	Campo Bom	Laboratório Fleming Ltda.
RS	Novo Hamburgo	Laboratório Fleming Ltda.
RS	Novo Hamburgo	Hospital Unimed CDI – Centro Diagnóstico

RS	Porto Alegre	Assoc. Educadora São Carlos – AESC
RS	Estância Velha	Laboratório Vida
RS	Novo Hamburgo	Laboratório Exame Análises Clínicas Ltda.
RS	Porto Alegre	Assoc. Hospit. Moinhos de Vento
SC	Joinville	Hospital e Maternidade Dona Helena
SP	São Paulo	Clínica Integrada SIMMM S/S Ltda.
SP	São Paulo	Hospital e Maternidade São Luiz S/A
SP	Santo André	Hospital e Maternidade Brasil
SP	S. B. do Campo	Hosp. E Mat. Assunção Ltda.
SP	São Paulo	Associação do Sanatório Sírio
SP	São Paulo	Sociedade Hospital Samaritano
SP	São Paulo	Hosp. E Mat. Santa Joana S/A
SP	São Paulo	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
SP	São Paulo	S. B. Israelita Bras. Hosp. Albert Einstein
SP	São Paulo	Hospital Santa Paula S/A
SP	São Paulo	Hospital Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
SP	São Paulo	Hospital Nove de Julho S/A
SP	São Paulo	Associação Congregação de Santa Catarina
SP	São Paulo	Fundação Antônio Prudente
SP	São Paulo	Hospital e Maternidade São Camilo – Pompéia
SP	São Paulo	Fund. Inst. Moléstias do Aparelho Digest.
SP	São Paulo	Hospital Infantil Sabará S.A.
SP	Barueri	Diagnósticos da América S/A
SP	São Paulo	Diagnósticos da América S/A
SP	Osasco	Diagnósticos da América S/A
SP	Cotia	Diagnósticos da América S/A
SP	São Paulo	S. B. de Senhoras Hospital Sírio Libanês
SP	São Paulo	Real e Benemerita Assoc. Portuguesa de Benef.
SP	São Paulo	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia

PRESTADORES PODERÃO SER EXCLUÍDOS OU ADICIONADOS A ESTA RELAÇÃO, A QUALQUER TEMPO.

Desta forma, estou ciente que não serão autorizados atendimentos em HOSPITAIS que não são credenciados à UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, não sendo autorizados procedimentos, tratamentos e internações hospitalares nos referidos HOSPITAIS.

Declaro, ainda, que estou ciente, de que a relação acima apresentada é apenas **EXEMPLIFICATIVA, NÃO EXCLUINDO OUTROS HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA / ALTO CUSTO ALI NÃO LISTADOS.**

João Pessoa, 02 de dezembro de 2013

Contratante: _____


Francisco Antonio Borges de Moura
Presidente
ASSIFPB

Contratada: _____

1. _____

2. _____

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

RG:

RG:

Anexo II - GLOSSÁRIO

ACIDENTE PESSOAL – Evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externa, súbita, imprevisível, involuntária, violenta e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

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

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

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

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

ATENDIMENTO ELETIVO – Qualquer atendimento que não caracterize urgência e emergência (Ex. Consultas, exames laboratoriais, etc.).

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

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

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – Pessoa que, na forma e condições previstas neste Contrato, esteja inscrita como tal, pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

BENEFICIÁRIO TITULAR – Pessoa que assina Contrato junto à UNIMED na qualidade de beneficiário, ou pessoa indicada pelo representante legal, assumindo as responsabilidades pactuadas nas Cláusulas contratuais e com direito aos respectivos benefícios e cobertura assistencial.

BENEFÍCIO – Cobertura assistencial oferecida aos beneficiários, na condição expressa do Contrato.

CÁLCULO ATUARIAL – Cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da estabilidade financeira do plano e cálculo das mensalidades, utilizado para verificar o impacto dos custos de utilização dos planos contratados, realizado por profissional especializado, que estabelece as bases de operação e verifica os resultados das empresas que atuam na saúde suplementar (operadoras de planos de saúde e seguradoras). Possui a seguinte fórmula: $S = DA/R$, onde S = Sinistralidade; DA = Despesas Assistenciais; e R = Receita.

CARÊNCIA – Prazo ininterrupto, contando a partir do início da vigência do Plano, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

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

COBERTURA CONTRATUAL – Conjunto de procedimentos médico-ambulatoriais e/ou hospitalares, pactuados nas cláusulas do Contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA – período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM n.º 3.432, de 12 de agosto de 1998, no Ministério da Saúde.

CO-PARTIPAÇÃO – é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, após a realização do procedimento.

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

EMERGÊNCIA – Evento decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

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

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

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

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

ROL DE PROCEDIMENTOS - Listagem de procedimentos elaborados pelo Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, através da Resolução n.º 10, publicada em 04 de novembro de 1998, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados por plano, conforme segmentação contratual.

SINISTRALIDADE META: De acordo com os parâmetros para o mercado de saúde suplementar, um índice de sinistralidade é satisfatório se estiver entre 40% e 70%, sendo que 70% é considerado o valor referência da sinistralidade para análise econômico-financeira de um Contrato, destinando 25% da receita para cobrir despesas administrativas, comerciais, impostos e provisões obrigatórias. Sendo necessário reajustar os valores caso o índice de sinistralidade for superior à meta definida de 70%.

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