

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES



ANS - nº 32104-4

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: **UNIMED JOÃO PESSOA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

CNPJ nº: **08.680.639/0001-77**

Registro da operadora na ANS nº: **32.104-4**

Classificação da operadora na ANS: **COOPERATIVA MÉDICA**

Endereço: **RUA MARECHAL DEODORO DA FONSECA**

CEP: 58.040-910 – JOÃO PESSOA - PB

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: **ASSIFPB ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA**

Nome de Fantasia: **ASSIFPB**

CNPJ: **09.292.459/0001-80**

Endereço: **RUA: ANTONIO PEREIRA GOMES FILHO, 201** BAIRRO: **JARDIM OCEANIA**

CEP: **58.037-555** Município: **JOÃO PESSOA** ESTADO: **PB**

Fone: **(83) 3612-1383 / 3612-1385**

E-mail: **chicobmoura@hotmail.com**

Nome comercial do plano: **UNIVIDA ESPECIAL PLUS III COLETIVO POR ADESÃO**

Nº do registro do plano na ANS: **467.609/12-2**

Tipo de contratação: **COLETIVO POR ADESÃO**

Segmentação assistencial do plano de saúde: **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM
OBSTETRÍCIA**

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: **NACIONAL**

Área de atuação do plano de saúde: **REGIÃO 1**

Padrão de Acomodação em internação: **APARTAMENTO (INDIVIDUAL)**

Formação de Preço: **PRÉ-ESTABELECIDO**

Fator moderador: **COPARTICIPAÇÃO DE 30% CONSULTAS E 30% SADT**



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos que a **UNIMED JOÃO PESSOA** me entregou, **ANTES DA ASSINATURA DESTE CONTRATO**, o **Manual para Contratação de Planos de Saúde (MPS)** e o **Guia de Leitura Contratual (GLC)**, cujas cópias **TAMBÉM** seguem anexas a este contrato.

João Pessoa, 07 de 10 de 2020.

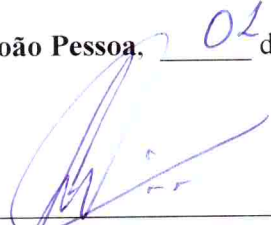


Assinatura do Contratante
Francisco Antonio B. de Moura
Presidente

DECLARAÇÃO

Declaro que, dentre as categorias de plano oferecidas, inclusive o **SAÚDE II COLETIVO POR ADESÃO (PLANO REFERÊNCIA – 467.086/12-8)**, indicamos a nossa opção pelo presente produto: **UNIVIDA ESPECIAL PLUS III COLETIVO POR ADESÃO**.

João Pessoa, 02 de 10 de 2020.

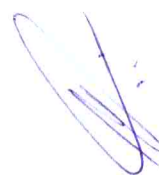


Assinatura do Contratante

Francisco Antonio B. de Moura
Presidente

ÍNDICE

Cláusula 01.	Atributos do Contrato
Cláusula 02.	Condições de Admissão
Cláusula 03.	Cobertura e Procedimentos Garantidos
Cláusula 04.	Exclusões de Cobertura
Cláusula 05.	Duração do Contrato
Cláusula 06.	Períodos de Carência
Cláusula 07.	Doenças e Lesões Preexistentes
Cláusula 08.	Atendimento de Urgência e Emergência
Cláusula 09.	Mecanismos de Regulação
Cláusula 10.	Formação do Preço e Mensalidade
Cláusula 11.	Reajuste
Cláusula 12.	Faixas Etárias
Cláusula 13.	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário
Cláusula 14.	Rescisão / Suspensão
Cláusula 15.	Disposições Gerais
Cláusula 16.	Eleição de Foro
Anexo I.	Hospitais de tabela própria
Anexo II.	Glossário
Anexo III.	Manual para contratação de planos de saúde
Anexo VI	Guia de Leitura Contratual



CLÁUSULA 01
ATRIBUTOS DO CONTRATO

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 à **CONTRATANTE** e a seus **DEPENDENTES**, como tais incluídos no plano, através de comprovação de tal vínculo, **desde que atendidas os requisitos constantes do item 2.3 da Cláusula 2 deste instrumento e mediante requerimento formal de inclusão emitido pela CONTRATANTE**, 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 Este instrumento 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 como **NACIONAL**, **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 considerados como **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus **DEPENDENTES**, indicados na Proposta de Admissão, em conformidade com as condições abaixo.

2.1.1 Para vínculo de **BENEFICIÁRIOS** ao presente plano não serão permitidas quaisquer outras exigências **que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica CONTRATANTE** (art. 16 da RN/ANS nº 195/09, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

2.2 O presente contrato oferece cobertura assistencial à população que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, na forma do art. 9º da RN/ANS nº 195/2009, bem como o grupo familiar do **BENEFICIÁRIO TITULAR** até o primeiro grau de parentesco consanguíneo (na linha descendente)¹, além do cônjuge ou companheiro² (artigo 9º, I a VII e §1º da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

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

- a) Cônjuge **ou** Companheiro(a) que comprove união estável com o titular;
- 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 titular.

2.3.1 A adesão do grupo familiar previsto no item acima dependerá da participação do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no contrato de plano privado de assistência à saúde (artigo 9º, §2º, da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS 200/2009).

2.3.2 Em caso de inclusão de novo(s) **DEPENDENTE(S)**, este(s) deverá(ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, exceto no caso de inclusão de recém-nascidos na forma prevista no item 6 desta Cláusula e as inclusões nas hipóteses previstas no item 6.3, da Cláusula 06 deste instrumento contratual.

2.3.3 As novas inclusões e/ou exclusões de **BENEFICIÁRIOS** serão solicitadas exclusivamente pela **CONTRATANTE**, em formulário próprio, e entregue **até o dia 10 (dez) de cada mês** na **UNIMED**

¹ Filho(a), Enteadado(a) do Titular

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.

JOÃO PESSOA, tendo os **BENEFICIÁRIOS** inscritos direito aos serviços contratados a partir do primeiro dia útil do mês subsequente, observados os prazos de carências / preexistência previstos neste Contrato.

2.3.3.1 A solicitação de movimentação (inclusão ou exclusão) de **BENEFICIÁRIOS** após o prazo previsto no item anterior serão acatadas pela **CONTRATADA** e operacionalizadas no mês subsequente.

2.3.3.2 A pessoa jurídica **CONTRATANTE** se compromete a encaminhar à **CONTRATADA** sempre que solicitado, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas úteis, cópia dos documentos que comprovem o vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com a **CONTRATANTE** e/ou do vínculo do **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** com o **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**.

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, 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 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 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 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 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 trinta 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 trinta dias a contar da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.**

2.4.10.1 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

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

COBERTURAS ASSISTENCIAIS CONTRATADAS

3.1 A **CONTRATADA** assegurará aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10 (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.

3.2 Os eventos e procedimentos relacionados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** e nos seus anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico

anestesista, terão sua cobertura obrigatória, **caso haja indicação clínica, desde que realizada na rede credenciada da CONTRATADA** (RN/ANS nº 428/2017, art. 7º).

3.2.1 Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos neste contrato (previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**), assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, **caso haja indicação clínica, e desde que realizada na rede credenciada da CONTRATADA** (RN/ANS nº 428/2017, art. 7º, parágrafo único).

3.3 Está garantida, ainda, conforme art. 17 da Resolução Normativa – RN/ANS 428/2017, 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 Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, 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 428/2017, art. 15, § 1º).

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 428/2017, art. 15, §2º).

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, **A REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CONTRATADA, CREDENCIADA OU REFERENCIADA da CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato (Art. 13 da RN/ANS nº 428/2017).

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, de 1998, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, observando-se as seguintes definições: (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º).

- 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º, I);
- II - **concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º, II);
- III - **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º, III);
- 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º, IV);
- 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; (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º, V); 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 8º, VI).

3.6 Os procedimentos e eventos cobertos neste contrato 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 5º).

3.6.1 Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, previstos neste Contrato, 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 5º, §1º).

3.6.2 Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010, e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010 (RN/ANS nº 428/2017, art. 5º, §2º).

3.7 Os procedimentos e eventos em saúde previstos cobertos por este contrato que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada (RN/ANS nº 428/2017, art. 16).

3.8 Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução dos procedimentos previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** possuem cobertura obrigatório, **desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA** e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a **CONTRATADA** e os prestadores de serviços (RN/ANS nº 428/2017, art. 17).

3.9 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a **CONTRATADA** assegurará a continuidade do tratamento conforme a prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 428/2017, art. 18).

3.9.1 A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259/2011 (RN/ANS nº 428/2017, art. 18, §1º).

3.9.2 O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a

tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento (RN/ANS nº 428/2017, art. 18, §2º).

COBERTURA AMBULATORIAL

3.10 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatorios, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam da internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências: (RN/ANS nº 428/2017, art. 21)

- 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, I).

1. AS ÁREAS DE ATAUÇÃO ESTABELECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NÃO SÃO CONSIDERADAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

- 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, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, b, da Lei nº 9.656/1998, artigo 14, II 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 428/2017) e **preencham os requisitos previstos nas diretrizes clínicas e de utilização, se houver.**



- c) A cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **no 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** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, III);
- d) A cobertura de psicoterapia **no 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, IV).
- e) 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** em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, V).
- f) A cobertura das ações de planejamento familiar, previstas no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, para segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, VI).
- g) A cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema e cláusula 08 deste contrato (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, VII).
- h) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, VIII).
- i) A cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, IX).

- j) 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 CREDENCIADO** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, X).
- k) A cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásicos oral e/ou venoso, **de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na RN/ANS nº 428/2017, respeitando as seguintes características:** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XI)
1. **Medicamento genérico:** medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia a proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 2. **Medicamento fracionado:** medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- l) A cobertura de procedimentos de radioterapia **listados no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, para a segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XII).
- m) 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 Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XIII).

- n) A cobertura de hemoterapia ambulatorial (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XIV).
- o) A cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XV).

COBERTURA HOSPITALAR

3.11 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:

- 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 neste contrato (**APARTAMENTO**).
 - i. Aos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** será assegurado, nos casos de internação, o padrão de acomodação especificado neste contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares (**APARTAMENTO**).
 - ii. Inexistindo vaga³ na acomodação contratada (**APARTAMENTO**), 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 (**APARTAMENTO**) em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado (rede credenciada), poderá a **CONTRATADA** remover o **BENEFICIÁRIO**, arcando com o ônus desta remoção, considerando as condições clínicas do paciente e desde que autorizado pelo médico assistente.

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.

- 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 contratado, **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 de internação psiquiátrica**⁴.
- c) A cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas no Anexo II do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, III).
- d) 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**, observadas as diretrizes de utilização **se houver**, e dos procedimentos a ele vinculados, incluindo (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV):

⁴ A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente (RN/ANS nº 428/2017, art. 10).

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

- 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 428/2017, art. 22, IV, a).
 - ii. Os medicamentos utilizados durante a internação (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, b);
 - iii. O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **EXCETO MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO** (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, c).
 - iv. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, d).
- e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º).
- i. Na saúde suplementar, os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §1º).
 - ii. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §2º).
 - iii. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §3º):
 - 1. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
 - 2. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

- f) Os exames e procedimentos pré e pós transplantes, para fins das disposições da RN/ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §4º).
- g) A cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos aos seguintes critérios (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, V):
- i. Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;
 - ii. Que no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- h) 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 428/2017, art. 22, VI).
- i) A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contradição justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, **exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**, nos seguintes casos (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 22, VII da RN/ANS nº 428/2017):
- i. Crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - ii. Idosos a partir dos 60 anos de idade; e
 - iii. Pessoas com deficiência.
- j) A cobertura para remoção do paciente, **COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA NOS TERMOS DA RN/ANS Nº 259/11**, para outro estabelecimento hospitalar (remoção inter-hospitalar), **DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTOS NO CONTRATO**, 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.

- k) A cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, incluindo a solicitação 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 428/2017, art. 22, VIII).
- 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 428/2017, art. 22, IX), observadas as diretrizes de utilização se houver;
- i. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, Parágrafo único):
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 428/2017, art. 22, parágrafo único, I), 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 deste contrato (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, parágrafo único, II).

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 428/2017, art. 22, X) 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, como definida na cláusula 3, item 3.10, j, deste contrato);
- iii. procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I do **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 Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**;
- vii. - embolizações listadas nos Anexos do **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 nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- xi. acompanhamento clínico no pós operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos do **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) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas **SOMENTE** terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 428/2017, art. 12).
- i. Todas as escopias listadas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens (RN/ANS nº 428/2017, art. 12, parágrafo único).
- q) **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 (RN/ANS Nº 428/2017, ART. 11).**
- i. **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**

DA CONTRATADA (RN/ANS N° 428/2017, ART. 11 PARÁGRAFO ÚNICO).

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.12 A **CONTRATADA** garante aos beneficiários, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, 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 n° 428/2017, art. 23), observadas as diretrizes de utilização se houver, **BEM COMO AS SEGUINTE EXIGÊNCIAS**:

3.12.1 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, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

3.12.2 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

3.12.3 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**.

3.12.4 Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos do **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 428/2017), 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 (RN/ANS Nº 428/2017, art. 20, I):

- 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; OU**
- C) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA / MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL), EXCETO QUANDO:**
 - A. A CONITEC/SUS TENHA DEMONSTRADO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A EFICÁCIA, A ACURÁCIA, A EFETIVIDADE E A SEGURANÇA DO MEDICAMENTO OU DO PRODUTO PARA O USO PRETENDIDO; E**
 - B. A ANVISA TENHA EMITIDO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DA CONITEC, AUTORIZAÇÃO DE USO PARA FORNECIMENTO, PELO SUSO, DOS REFERIDOS MEDICAMENTOS E PRODUTOS, NOS TERMOS DO ART. 21 DO DECRETO Nº 8.077, DE 14 DE AGOSTO DE 2013.**

4.2 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO VISAM À RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, 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 INTRACITOPASMÁTICAS, 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 428/2017, art. 20, 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 428/2017, art. 20, 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 428/2017, art. 20, 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, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ORAIS CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, VI).

4.7 FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, VII).

- I) PRÓTESE É ENTENDIDA COMO QUALQUER MATERIAL PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE SUBSTITUA TOTAL OU PARCIALMENTE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, §2º).**

- 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, §3º).**

III) A REFERÊNCIA PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DIVERSOS MATERIAIS UTILIZADOS PELA MEDICINA NO PAÍS COMO ÓRTESES OU PRÓTESES DEVERÁ ESTAR DE ACORDO COM A LISTA A SER DISPONIBILIZADA E ATUALIZADA PERIODICAMENTE NO SÍTIO INSTITUCIONAL DA ANS NA INTERNET (www.ans.gov.br), NÃO SENDO ESTA, UMA LISTA QUE ATRIBUA COBERTURA OBRIGATÓRIA AOS MATERIAIS ALI DESCRITOS (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, §4º).

4.8 TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, VIII).

4.9 CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, IX).

4.10 ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, X).

4.11 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;

4.12 A REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS (RN/ANS nº 428/2017, art. 15, §2º).

4.13 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 CONTRAINDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE; e

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

4.14 CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

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

4.16 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, EM QUE NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA DA OPERADORA, QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS E, POSTERIORMENTE, REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO;

4.17 ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR, BEM COMO SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E *HOME CARE*;

4.18 CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS DE QUALQUER NATUREZA;

4.19 DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO AS LISTADAS NESTE CONTRATO;

4.20 APLICAÇÃO E FORNECIMENTO DE VACINAS;



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

4.22 ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

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

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

4.25 PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

4.26 INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

4.27 INTERNAÇÃO DOMICILIAR E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, INCLUSIVE HOME CARE;

4.28 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

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

CLÁUSULA 05
DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 Este contrato é celebrado pelo prazo de 12 (doze) meses, com vigência a partir da sua assinatura.

5.2 O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal

em contrário por qualquer uma das partes, mediante prévia notificação, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (RN nº 195/09, art. 17).

5.3 A data de início da vigência deste contrato é a data da sua assinatura, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei nº 9.656/1998.

CLÁUSULA 06
PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Os serviços previstos neste Contrato serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente incluídos, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente o inciso V, do art. 12 da Lei 9.656/98 e Resolução nº 14/98 do CONSU, após o cumprimento das seguintes carências:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais;
- b) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

6.2 Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, **DESDE QUE O BENEFICIÁRIO FORMALIZE O PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ TRINTA DIAS DA CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO** (RN/ANS nº 195/09, art. 11);

6.3 **A CADA ANIVERSÁRIO DESTE CONTRATO** será permitida a adesão de novos **BENEFICIÁRIOS** sem o cumprimento de prazos de carência, **desde que:**

I – o **BENEFICIÁRIO** tenha se vinculado à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, após a assinatura deste contrato;

II – a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

6.4 A pessoa jurídica **CONTRATANTE** deverá encaminhar juntamente com a solicitação de ingresso de novos **BENEFICIÁRIOS** documento que comprove a sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

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

6.5.1 A CONTRATANTE DEVERÁ ESCLARECER AOS BENEFICIÁRIOS VINCULADOS AO PLANO ACERCA DOS PRAZOS DE CARÊNCIA E CPT PREVISTOS NESTE CONTRATO.

CLÁUSULA 07
DOENÇAS E LESÕES PRÉEXISTENTES

7.1 O **BENEFICIÁRIO** deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente 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 9.656/1998.

7.2 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

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 ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o **BENEFICIÁRIO**.

7.5 Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 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 de cobertura 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. 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.

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

7.10 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.

7.11 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

7.12 É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente após decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da sua adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

7.14 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 à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do **BENEFICIÁRIO** à Cobertura Parcial Temporária.

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

7.16 A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

7.18 Se solicitado pela ANS, o **BENEFICIÁRIO** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.19 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.

7.20 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 08
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura do atendimento nos casos de:

I - **URGÊNCIA**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - **EMERGÊNCIA**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

8.3 DURANTE O CUMPRIMENTO DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA PARA INTERNAÇÃO (180 DIAS), A COBERTURA, NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SERÁ LIMITADA A 12 (DOZE) HORAS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU, A QUALQUER TEMPO, CASO SURJA A NECESSIDADE E INTERNAÇÃO (Resolução CONSU/ANS nº 13/1998):

8.4 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.

8.5 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).

8.6 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).

8.7 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):

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

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

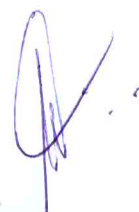
- i) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas.
- ii) persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.
- iii) uma vez 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.**

8.8 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

8.9 Será garantida a remoção do **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)**, que já tiver cumprido o período de carência, para outra unidade de atendimento, nas seguintes hipóteses (RN/ANS nº 347/2014):

I – de hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da **CONTRATADA**, vinculados a este contrato.



II – de hospital ou serviço de pronto atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado a este contrato e não pertencente à rede própria da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da **CONTRATADA**, vinculados a este contrato.

III - de hospital ou serviço de pronto atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados a este contrato, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados a este plano, **apenas quando caracterizada**, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

IV - de hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado a este plano de saúde, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação deste contrato, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados a este contrato, apto a realizar o devido atendimento, **apenas nos caso em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação deste contrato na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011.**

8.9.1 A remoção do **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

8.10 A REMOÇÃO DE BENEFICIÁRIOS QUE JÁ TENHAM CUMPRIDO O PERÍODO DE CARÊNCIA **NÃO** SERÁ OBRIGATÓRIA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:

I – DE LOCAL PÚBLICO OU PRIVADO QUE NÃO SEJA UMA UNIDADE HOSPITALAR OU SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, RESSALVADAS HIPÓTESES DE INDISPONIBILIDADE E INEXISTÊNCIA DE PRESTADORES PREVISOTS NOS ARTS. 4º, 5º E 6º, DA RN Nº 259, DE 2011; OU

II - DE HOSPITAL OU SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO COOPERADO, REFERENCIADO, CREDENCIADO, E DA REDE PRÓPRIA DA CONTRATADA,

VINCULADOS A ESTE PLANO, LOCALIZADO DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DESTE CONTRATO, PARA HOSPITAL PRIVADO NÃO COOPERADO, NÃO REFERENCIADO, NÃO CREDENCIADO A ESTE CONTRATO, E NÃO PERTENCENTE À REDE PRÓPRIA DA CONTRATADA.

8.11 Para os casos em que o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** ainda estejam cumprindo prazos de carência, a sua remoção será garantida pela **CONTRATADA PARA UMA UNIDADE DO SUS QUE DISPONHA DE RECURSOS NECESSÁRIOS PARA GARANTIR A CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando após atingir o limite de 12 (doze) horas de atendimento, surgir a necessidade de internação.

8.11.1 No caso previsto 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.

8.11.2 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.

8.11.3 Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 8.11 desta cláusula, a **UNIMED** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

8.12 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);

8.13 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, laudos médicos e todo e qualquer documento necessário para constatação da cobertura contratual para o procedimento e da configuração das hipóteses de urgência e emergência.

8.14 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 09

MECANISMOS DE REGULAÇÃO - PLANO COM COPARTICIPAÇÃO -

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

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

9.1.2 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**.

9.2 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.

9.3 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**.

9.3.1 A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, utilizar sistema biométrico *on line* para autorização de todos os serviços contratados.

9.3.1.2 A biometria *on line* consiste na utilização de mecanismo de regulação prévia para autorização de procedimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares e cirúrgicos.

9.3.2 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.

9.3.2.1 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.

9.3.2.2 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.

9.4 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.



9.5 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.

9.6 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.

9.6.1 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).

9.6.2 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.

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

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

DA COPARTICIPAÇÃO

9.8 A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** à **CONTRATADA**, após a realização dos procedimentos (Resolução CONSU nº 08/98).

9.9 Os atendimentos serão realizados mediante **coparticipação** abaixo descrita por serviço realizado:

- a) 30% (trinta por cento) dos valores constantes da tabela da UNIMED utilizada para remuneração das consultas em consultório e pronto socorro;
- b) 30% (trinta por cento) dos valores constantes da tabela da UNIMED utilizada para remuneração dos exames e de todos os procedimentos realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial e day clinic, incluindo materiais, medicamentos, honorários, diárias e taxas relacionados à execução do exame;
- c) 30% (trinta por cento) dos valores constantes da tabela da UNIMED utilizada para remuneração das consultas / sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e psicoterapia realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionados à execução dos procedimentos.
- d) 30% (trinta por cento) sobre o preço dos medicamentos, inclusive os antineoplásicos orais para uso domiciliar, desde que o seu fornecimento esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

9.10 Os valores a título de coparticipação serão cobrados juntamente com a mensalidade do plano.

9.11 Sempre que houver atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e forem incluídos procedimentos não listados acima e também não contemplados no Rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

CLÁUSULA 10
FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2 A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica **CONTRATANTE** (artigo 13 da RN/ANS nº 195/2009).



10.2.1 Havendo o inadimplemento do pagamento da mensalidade por parte de **BENEFICIÁRIOS** vinculados à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, poderá haver a suspensão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO** do contrato, desde que a **CONTRATANTE** comprovadamente notifique o beneficiário inadimplente.

10.2.2 Caberá à **CONTRATANTE**, solicitar a exclusão do(s) **BENEFICIÁRIO(s)** inadimplente(s), anexando, para tanto, cópia da notificação.

10.3 O pagamento da mensalidade deverá ser feito até o dia **15 de cada mês**, ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não houver expediente bancário.

10.4 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.

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

10.6 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.

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

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

10.9 A **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 neste contrato.

10.10 A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, por **BENEFICIÁRIO** regularmente inscrito no plano, os valores abaixo relacionados:

Tabela de Preço do Contrato:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 a 18 ANOS	RS 246,13
19 a 23 ANOS	RS 315,01
24 a 28 ANOS	RS 387,49
29 a 33 ANOS	RS 449,48
34 a 38 ANOS	RS 503,44
39 a 43 ANOS	RS 538,65
44 a 48 ANOS	RS 603,30
49 a 53 ANOS	RS 743,23
54 a 58 ANOS	RS 1.018,09
≥ 59 ANOS	RS 1.476,24

10.10.1 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

10.10.2 A disposição acima não se aplica às variações do valor da contraprestação em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998 (artigo 22 da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

CLÁUSULA 11
REAJUSTE

11.1 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 **IPCA – PLANOS/SERVIÇOS DE SAÚDE (IBGE)**. 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.

11.1.2 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).

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

11.2.1 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.

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

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

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

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.3 NA HIPÓTESE DE SE CONSTATAR A NECESSIDADE DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE POR SINISTRALIDADE, PREVISTO NO ITEM 11.2 DESTA CLÁUSULA, O MESMO DEVERÁ SER PROCEDIDO DE FORMA COMPLEMENTAR AO ESPECIFICADO NO ITEM 11.1 E NA MESMA DATA, DE FORMA A GARANTIR A ANUALIDADE DOS REAJUSTES.

11.4 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1.11 desta Cláusula será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

11.5 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.

11.6 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).


11.7 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).

11.8 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 Contratos⁵ Coletivos para Cálculo do Percentual de Reajuste
– RN /ANS nº 309/12 -

11.9 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).

11.9.1 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).

 _____
⁵ 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, 1)

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 11.9.1, 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 11.9.11, esse contrato ficará desagregado do agrupamento (art. 6º §3º RN/ANS nº 309/2012)

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

11.9.3 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).

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

11.9.5 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 11 (item 11.1 a 11.8) deste contrato.

11.10 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.

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

-Metodologia de Cálculo do Percentual de Reajuste -

11.12 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

11.12.1 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:

$$SiA = \frac{\sum Sini_c \times p^{-1}}{\sum Rec_c}$$

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.

11.12.2 Reajuste Financeiro:

O reajuste financeiro corresponderá à aplicação do **IPCA – PLANOS/SERVIÇOS DE SAÚDE (IBGE)** 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 12 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**.

FAIXAS ETÁRIAS	
00 a 18 anos	39 a 43 anos
19 a 23 anos	44 a 48 anos
24 a 28 anos	49 a 53 anos
29 a 33 anos	54 a 58 anos
34 a 38 anos	≥ a 59 anos

12.2 A variação por faixa etária para os fins deste contrato serão (RN/ANS nº 63/03):

ALTERAÇÃO DA IDADE	AUMENTOS
de 18 para 19 anos	+ 17,97%
de 23 para 24 anos	+ 17,97%
de 28 para 29 anos	+ 17,97%
de 33 para 34 anos	+ 17,97%
de 38 para 39 anos	+ 17,97%
de 43 para 44 anos	+ 17,97%
de 48 para 49 anos	+ 30,50%
de 53 para 54 anos	+ 30,50%
de 58 para 59 anos	+ 30,49%

12.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

12.4 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (RN nº 63/03, art. 3º, I);

12.5 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 (RN nº 63/03, art. 3º, II).

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

12.7 A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o **BENEFICIÁRIO** contemplar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

CLÁUSULA 13

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

13.2 DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a. Por rescisão do presente Contrato;
- b. Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**
- c. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.3 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. Pelo término do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com a **CONTRATANTE**;
- d. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.4 Caberá, tão-somente, à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, podendo a **CONTRATADA** excluir ou suspender a assistência à saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; ou
- b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência.

13.4.1 O **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá solicitar à pessoa jurídica **CONTRATANTE** ou **CONTRATADA**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente deste contrato (art. 7º da RN/ANS nº 412/2016).

13.4.2 A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

13.5 É de responsabilidade da **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.

CLÁUSULA 14
RESCISÃO / SUSPENSÃO

14.1 O atraso do pagamento das mensalidades superior a 20 (vinte) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão do contrato, a critério da **CONTRATADA**.

14.2 O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) **CONTRATANTE**;
- c) por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
- D) IMOTIVADAMENTE, APÓS 12 MESES DE VIGÊNCIA DO CONTRATO E MEDIANTE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO DA OUTRA PARTE COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 60 (SESENTA) DIAS.**

14.3 CASO A RESCISÃO OCORRA EM PRAZO INFERIOR AO DA VIGÊNCIA DO PRESENTE CONTRATO (12 MESES), A CONTRATANTE ESTARÁ SUJEITO À MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 10% (DEZ POR CENTO) INCIDENTES SOBRE AS MENSALIDADES RESTANTES PARA COMPLETAR O PERÍODO DE 12 MESES.

CLÁUSULA 15
DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo(a) Contratante, o Manual para contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual o Cartão de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário.

15.2 Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, a **CONTRATANTE** deverá comunicar, por escrito, o fato à **CONTRATADA**, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de **R\$ 5,00 (cinco reais)**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela **CONTRATADA**.

15.2.1 O valor devido para emissão de nova carteira será reajustado anualmente de acordo com o índice divulgado pela ANS para reajuste das mensalidades dos planos individuais / familiares.

15.3 A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE**, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

15.4 O empréstimo da carteira/cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO** o tornará responsável pela prática de crime de estelionato, capitulado no Artigo 171 do Código Penal Brasileiro.

15.5 Nos casos de perda, roubo ou extravio, a responsabilidade do **CONTRATANTE** cessará a partir da apresentação do Boletim de Ocorrência Policial à **CONTRATADA**.

15.6 O pagamento das despesas médico-hospitalares realizadas em desacordo com este contrato e fora da cobertura e dos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS será de responsabilidade única e exclusiva do **CONTRATANTE**, ainda que o ato tenha sido autorizado por meio de ação judicial, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

15.6.1 Todos os serviços médicos auxiliares utilizados pelos **BENEFICIÁRIOS (TITULAR E DEPENDENTES)**, na forma do item 15.6 desta Cláusula, serão cobrados pela **CONTRATADA** pelo valor constante da Tabela de Honorários Médicos utilizada pela **UNIMED**, ao preço vigente na data do efetivo pagamento, acrescida de taxa de administração de 25% (vinte e cinco por cento).

15.6.2 As despesas com diárias hospitalares serão cobradas pelos mesmos valores constantes das

faturas emitidas pelo serviço que tiver prestado o serviço, acrescidas de taxa de administração de 25% (vinte e cinco por cento).

15.6.3. Os materiais descartáveis serão cobrados de acordo com os preços praticados pelos hospitais que prestarão os serviços ao **CONTRATANTE**, acrescidos de taxa de administração de 25% (vinte e cinco por cento).

15.6.4. Os medicamentos serão cobrados pela **CONTRATADA** de acordo com os preços do BRASÍNDICE da data do efetivo pagamento, acrescidos de taxa de administração de 25% (vinte e cinco por cento).

15.7. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à **CONTRATADA** ao Departamento de Atendimento ao Cliente, e em segunda instância, à Ouvidoria da **UNIMED**.

15.8 A **CONTRATANTE** deverá disponibilizar cópia do contrato sempre que solicitado pelos **BENEFICIÁRIOS TITULARES** inscritos neste plano.

CLÁUSULA 16
ELEIÇÃO DE FORO

16.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

João Pessoa (PB), 01 de 10 de 2020

Contratante: _____

Contratada: _____

1. _____

2. _____

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

RG:

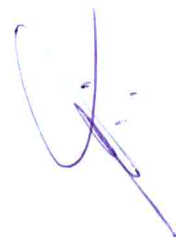
RG:

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 intercâmbio⁶ praticado pela UNIMED, **EXEMPLIFICADAMENTE** os constantes da relação abaixo:

UF	Município	Prestador
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
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.



⁶ 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	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 Icaraí 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
SP	São Paulo	Inst. De Esp. Pediátricas de São Paulo

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.




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.

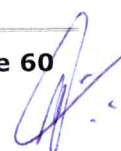
COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA – período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade 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 60%, sendo que 65% 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 65%.

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

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças Entre Planos Individuais e Coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9656/1998: 24 horas para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimentos de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora do plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: 1 - os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato; e 2 - tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL.	<p>Quando constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão pré-existente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora dos planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declarados pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista na RN nº 162/2001.</p>	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.</p>
MECANISMOS DE REGULACÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde. Autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>	
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário no plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição do prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

Perda da Condição de Beneficiário nos Planos Coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos Artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos Planos Coletivos Empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do

titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um gozo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial.

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias após a extinção do benefício para contratar junto à operadora o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e Segmentação Assistencial

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação existencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência-emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência Geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de Atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação do plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque - ANS 0800-701-9656.

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - 20021-040

Ministério
da Saúde



Disque-ANS: 0800-701-9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@anes.gov.br

ANS Nº 32.104-4

Carta de Orientação ao Beneficiário

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc. *) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses de assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, denunciando a omissão de informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia a ANS.



ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT – NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!


* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário.**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS – **www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

João Pessoa, 04/10/2020
Local Data

Nome: Assi + PB

Assinatura: 

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

João Pessoa, 01/10/2020
Local Data

Nome: Alessandra Farias
Assistente Comercial
Unimed João Pessoa

CPF: 025.132.684-58

Assinatura: 



Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões pré-existentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	

ANS Nº 32.104-4

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANS Nº 32.104-4

