



ADM
Administradora
de benefícios

Administradora: ADM Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ: 09.035.280/0001-48
Registro na ANS nº 41755-6
Operadora: Unimed Do Estado De São Paulo - Federação Estadual Das
Coop. Médicas
CNPJ: 43.643.139/0001-66
Nº de registro na ANS: 31.999-6
Nº de registro do produto: 461.746/10-1
Site: <http://www.aon.com/brasil/manual-beneficiario.jsp>
Tel.: (11) 4095-1010

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	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.	1
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	1
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	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.	1
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	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.	4
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	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.	9
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	12

<i>CARÊNCIAS</i>	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.	12
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	16
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	11
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	24
<i>REAJUSTE</i>	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.	20
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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.	Não Aplicável

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.



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

**CONDIÇÕES GERAIS DO PRODUTO REGISTRADO NA ANS SOB Nº
461.746/10-1**

NOME COMERCIAL	ADESÃO BÁSICO
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
TIPO DE CONTRATAÇÃO	COLETIVO POR ADESÃO
ÁREA GEOGRÁFICA	ESTADUAL
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	ESTADO DE SÃO PAULO
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	COLETIVO (ENFERMARIA)
FORMAÇÃO DO PREÇO	PRÉ-PAGAMENTO

TÍTULO I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Seção I – Do Objeto

Art. 1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por intermédio de rede própria ou contratada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, **VISANDO EXCLUSIVAMENTE À COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL CONTRATADA (AMBULATORIAL e HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA)**, de acordo com o rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2. A assistência ora pactuada visa, além da recuperação e manutenção da saúde, também à prevenção da doença, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

Seção II – Da Natureza

Art. 3. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), de forma subsidiária.

Art. 4. O presente também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas se mantêm, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

TÍTULO II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5. São considerados usuários titulares os inscritos no plano que mantenham vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as seguintes pessoas jurídicas:

- I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III - associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações conforme previsto em regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- VI - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

Parágrafo único. No instrumento de comercialização serão definidas quais pessoas figurarão como beneficiários titulares, observada a relação do caput.

Art. 6. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular:

- a) o cônjuge;
- b) o filho e o enteado, solteiros até a data em que completarem 21 anos, e quando universitários, até a data em que completar 24 anos;
- c) o menor que, por determinação judicial, que se encontre sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela e não possua bens para seu próprio sustento;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial; e
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

§1º Se houver disposição específica no instrumento de comercialização, poderão ser incluídos no contrato outros integrantes do grupo familiar, desde

que tenham com o beneficiário titular parentesco consanguíneo até o terceiro grau, ou até o segundo grau de parentesco por afinidade.

§2º O ingresso do grupo familiar e sua permanência no plano, dependerá da participação do beneficiário titular no contrato.

Art. 7. Observadas as condições de inscrição, é assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, assim considerada a criança com idade até trinta dias de vida, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente:**

a) a inscrição ocorra no **prazo máximo de trinta dias** após o nascimento; e

b) o pai ou a mãe, ou seu responsável legal, não esteja cumprindo a carência máxima legal de 180 (cento e oitenta) dias;

II - do menor de doze anos, filho adotivo, sob guarda ou tutela, ou ainda, daquele que venha a ter a paternidade reconhecida, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante ou responsável legal, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias** após o ato;

III - do cônjuge ou convivente do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, **quando contrair matrimônio, ou houver o implemento da condição de união estável, durante a vigência do contrato, e desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.** Iguais requisitos serão observados para as inscrições de enteados do beneficiário titular.

IV – dos demais dependentes do titular elegíveis, desde que mencionados no Instrumento de Comercialização com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

V - dos novos beneficiários titulares observados os critérios de cumprimento dos períodos de carência definidos neste instrumento.

§1º Caso ainda não esteja completado o prazo previsto na letra 'b' do inciso I deste artigo, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência cumpridos pelo pai, mãe ou responsável legal.

§2º Ultrapassados os prazos previstos na letra 'a' do inciso I, e nos incisos II e III deste artigo, **os inscritos cumprirão integralmente os períodos máximos de carência** dispostos neste contrato, bem como de Cobertura Parcial Temporária na hipótese de doença ou lesão preexistente.

Art. 8. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, com todos os dados exigidos pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com nomes, sem abreviações, e qualificação completa de cada um, incluindo data de nascimento, sexo, nome da mãe, endereço residencial, e, conforme o caso: CPF (maiores de dezoito anos), PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, carteira de identidade etc., cabendo sua atualização e complementação, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

Art. 9. O pedido de inclusão dos beneficiários constitui declaração da existência de vínculo entre a **CONTRATANTE** e o beneficiário titular, e de relação entre este e os beneficiários eventualmente indicados como seus dependentes, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo.

Art. 10. A **CONTRATANTE** se obriga a comunicar, por escrito, conforme datas limites previstas no instrumento de comercialização, as inclusões, alterações e exclusões de beneficiários para os efeitos deste plano, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema da **CONTRATADA**.

TÍTULO III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 11. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, e satisfeitas as condições deste contrato, a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, 10ª Revisão, CID-10, **limitada aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, para a segmentação assistencial contratada, - observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, - realizados exclusivamente pelos recursos próprios ou contratados** para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º Caso haja indicação clínica, terá cobertura a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos previstos neste contrato. Nas localidades onde houver dificuldade de cooperação ou contratação dos profissionais, a cobertura se dará por meio de reembolso.

§2º O atendimento, **dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato**, está assegurado independentemente do local de origem do evento, observadas as especificações deste instrumento.

§3º É garantida a cobertura dos procedimentos listados no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não podendo ser exigida a realização do serviço em determinado prestador que esteja indisponível, sendo facultado à **CONTRATADA** o direcionamento do atendimento ao serviço que atenda a necessidade do beneficiário, desde que coberto pelo contrato.

Art. 12. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observado o Protocolo de Utilização (PROUT) definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Art. 13. 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 rol de procedimentos editado pela ANS, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas no rol de procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Seção I - Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 14. A **Segmentação Ambulatorial** compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (excluídos os procedimentos da segmentação odontológica), não incluindo internação hospitalar** ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por **período superior a 12 (doze) horas**, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas com médicos **cooperados** ou contratados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação** conforme preceitua o *caput* deste artigo;

III - cobertura de consulta e sessões de psicoterapia, com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo **de acordo com os limites estabelecidos no rol de procedimentos** editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **conforme indicação do médico e observadas as Diretrizes de Utilização** definidas pelo órgão regulador;

IV - cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação médica;

V - cobertura para os seguintes **procedimentos considerados especiais**:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **tenham sido administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde** dentro do estabelecimento de unidades de saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios;

- c) radioterapia ambulatorial (**procedimentos descritos no Rol** de Procedimentos editados pela ANS para a segmentação ambulatorial);
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais (prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas);
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VI - 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 antineoplásico oral e/ou venoso, observada a utilização, preferencialmente, de medicamento genérico (Lei nº 9.787) e medicamento fracionado, de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS.

Art. 15. A cobertura da segmentação ambulatorial não inclui (a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio; (b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e (c) embolizações.

Seção II - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 16. Durante a internação, clínica ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

III - cobertura de despesas referentes a honorários dos médicos pertencentes à rede de prestadores do plano, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação fornecida pelo estabelecimento hospitalar;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VI - cobertura de despesas de alimentação e acomodação – observado o padrão contratado: individual ou coletivo –, fornecidas exclusivamente pelo hospital, de um acompanhante para beneficiários menores de 18 anos, idosos a partir de sessenta anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente e as condições do estabelecimento, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - cobertura para os seguintes **procedimentos considerados especiais** cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência **prestada em nível de internação hospitalar**:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

Rua José Getúlio, 78/90 - Actimação - CEP 01509-000 - São Paulo - SP
Tel.: 11 2146-2500 - SAC: 0800 772 3030
Portal Unimed Fesp: www.unimedfesp.coop.br

ANS Nº 319996

- b) quimioterapia oncológica;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos da ANS.

Art. 17. Incluem-se nas coberturas deste plano:

I - os procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados no rol de procedimentos, definido para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

II - a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imprescindível imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; não estão cobertos, entretanto, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais;

III - os **transplantes, apenas de rim e córnea, e os de medula óssea (autólogo e alogênico), - estes, desde que satisfeitos os critérios técnicos estabelecidos nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS -**, incluindo as despesas com seus procedimentos vinculados, **sem prejuízo da legislação específica** que normatiza os transplantes:

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

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos nacionais utilizados durante a internação;

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

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;

b) os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, obrigatoriamente, deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e

sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, caso contrário, estará excluída a cobertura;

IV - as órteses, próteses e materiais especiais - OPME ligados aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as suas características (dimensões, material de fabricação e tipo), e, quando solicitado, justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que atendam às características especificadas.

§1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e **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 os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§2º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses **deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada** periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br.

Art. 18. A cirurgia plástica reparadora, não caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica, terá cobertura quando:

I - efetuada, **exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros que estejam causando problemas funcionais** em virtude de eventos ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo beneficiário, ou que não seja caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica;

II - reconstrutiva de mama **que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer.**

Art. 19. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos.

§1º O beneficiário poderá dispor de atendimento/acompanhamento em hospital-dia para transtornos mentais **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (Diretriz de Utilização editada pela ANS) para paciente portador de:**

I - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);

II - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);

III - transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);

IV - transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

§2º As **internações decorrentes de transtorno psiquiátrico** estão sujeitas à coparticipação do beneficiário conforme definido no instrumento de comercialização. Caso não haja definição de coparticipação para as demais internações, a CONTRATANTE participará no custeio daquelas decorrentes de transtorno psiquiátrico quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

§3º Fica ressalvado que a atenção prestada aos portadores de **transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios**, utilizando a **internação psiquiátrica apenas como último recurso** terapêutico e mediante indicação do médico assistente.

Art. 20. Ocasionalmente, havendo indisponibilidade do tipo de leito hospitalar previsto neste contrato, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, desde que nos estabelecimentos próprios ou contratados por meio deste plano.

Art. 21. É garantida a cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **observadas as condições contratadas**.

Seção III - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

Art. 22. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, observado o rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e ainda, desde que a mãe, ou adotante, conforme o caso, tenha cumprido as carências específicas:

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante designado pela mulher durante o pré-parto, parto, pós-parto imediato e conforme a indicação do médico;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; ultrapassado esse prazo, a cobertura cessará, exceto se tiver sido incluído no plano, respeitadas as condições para sua inscrição.

TÍTULO IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 23. Estão excluídos da cobertura deste plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação assistencial contratada, ou sem a observância das diretrizes de utilização, bem como:

I - atendimentos prestados **antes do início da vigência contratual** ou do cumprimento dos **prazos de carências**, ou prestados em **desacordo** com o estabelecido neste contrato;

II - tratamento clínico ou cirúrgico **experimental**, isto é, aqueles que:

a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso *off-label*);

III - 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 definido pela ANS, e observadas as respectivas diretrizes de utilização;

IV - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde **importados não nacionalizados**, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

V - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VI - despesas com **assistência odontológica** de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

VII - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

VIII - despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de **um** acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades específicas, observadas as condições próprias do estabelecimento hospitalar;

IX - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

X - cirurgias para mudança de sexo;

XI - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII - **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 pela CONTRATADA**, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste instrumento;

XIII - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com **finalidade estética**;

XIV - **inseminação artificial**, assim entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas,

transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

XV - enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI - cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

XVII - procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

XVIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XIX - aplicação de vacinas;

XX - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXI - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXII - remoção domiciliar;

XXIII - implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes de medula óssea, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;

XXIV - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXV - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

XXVI - procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.

Art. 24. Estão excluídos ainda, mesmo quando dentro da área geográfica de abrangência do plano, quaisquer serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias (mesmo em casos de urgência e/ou emergência) **realizados em estabelecimentos não contratados por este plano.**

TÍTULO V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 25. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, cuja contagem se iniciará na data definida no instrumento de comercialização, desde que até aquela oportunidade não seja feito qualquer pagamento à CONTRATADA.

Art. 26. Salvo manifestação em contrário das partes, com antecedência mínima de sessenta dias, o presente contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não sendo cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação.

Parágrafo único: Fica estabelecido que a data de vigência do Instrumento de Comercialização será considerada para efeito de aplicação de reajuste, sendo que para prazo de contagem de eventuais carências e mudança de plano sempre será considerada a data de assinatura da respectiva proposta de adesão.

TÍTULO VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27. Os beneficiários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.

§1º O início da contagem do período de carência dar-se-á na data de início de vigência do presente contrato para o beneficiário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua inclusão no plano.

§2º Quando prevista a inscrição de dependentes, os períodos de carência terão início na data de inclusão destes no plano.

Art. 28. Os períodos máximos de carência são:

I - trezentos dias para partos a termo;

II - cento e oitenta dias para os demais casos;

III - vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Poderá haver redução dos períodos de carência mediante acordo das partes, bem como a definição de procedimentos específicos e seus respectivos prazos de carência que constarão do instrumento de comercialização.

Art. 29. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, **desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato.**

Parágrafo único. A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, **desde que o beneficiário tenha se vinculado à pessoa jurídica contratante após trinta dias da contratação do plano, e a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data do primeiro aniversário do contrato que se seguir à vinculação.**

Art. 30. A CONTRATANTE recebe neste ato arquivo com a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (bem como as Diretrizes de Utilização, as Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização), **onde consta a indicação dos procedimentos que correspondem à cobertura do plano contratado, ressalvadas as exclusões deste instrumento, sendo certo que qualquer inclusão de novos procedimentos na cobertura poderá implicar cumprimento de período de 180 (cento e oitenta) dias de carência, observado o disposto no artigo anterior, além de composição financeira.**

TÍTULO VII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 31. Para efeito deste contrato, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes 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.

Art. 32. É condição prévia para inclusão do beneficiário que este informe, por meio de declaração de saúde (conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do plano.

Parágrafo único. 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 da CONTRATADA, sem qualquer ônus. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Art. 33. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos beneficiários, posteriormente ou não à entrega da Declaração de Saúde, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações.

Parágrafo único. 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.

Art. 34. 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 poderá restringir tais coberturas por meio de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo único. A Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou inclusão do beneficiário no plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, ou constatadas por perícia.

Art. 35. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses de permanência ininterrupta do beneficiário no plano contratado.

Art. 36. Se for 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 ao beneficiário a alegação de omissão de informação por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou requerer abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de omissão na declaração de saúde, conforme norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º O beneficiário será responsável pelo ressarcimento à **CONTRATADA** das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente reconhecidamente omitida, além de ser excluído do contrato.

§2º A **CONTRATANTE** é solidariamente responsável pelo ressarcimento mencionado acima.

§3º Não haverá negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Art. 37. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigida Cláusula de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente, **desde que o beneficiário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.**

Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no *caput*, ou ainda a dispensa de exigência do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, constará do instrumento de comercialização.

TÍTULO VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 38. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:

I - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. Haverá cobertura dos procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 39. Quando o atendimento de emergência ou de urgência em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência da segmentação hospitalar, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir

da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à CONTRATADA.

Art. 40. Após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do plano para o respectivo beneficiário, estará garantida a cobertura integral, dentro do Rol de Procedimentos das segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal.

Art. 41. Os beneficiários cujos atendimentos estejam restritos em decorrência de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para a segmentação ambulatorial, excluídos os procedimentos de alta complexidade definidos no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Seção I – Da Remoção

Art. 42. Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, é garantida a cobertura de remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de abrangência do plano, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, e que desses serviços necessite:

I - quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente para os procedimentos cobertos; ou

II - pela necessidade de internação para os beneficiários em cumprimento de período de carência ou Cobertura Parcial Temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, observadas as seguintes disposições:

a) só cessará a responsabilidade da CONTRATADA sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

b) quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção; e

c) quando não for possível a remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Seção II – Do Reembolso

Art. 43. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste instrumento das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente

possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados para o plano.

Parágrafo único. Fica expressamente estabelecido que o presente não contempla reembolso de atendimento fora da área de abrangência, tampouco por troca de médico por preferência do beneficiário, ainda que por especialista, havendo serviço médico disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Art. 44. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado **de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, disponível no site www.unimedfesp.coop.br e na sede da CONTRATADA**, que não será inferior aos valores que a CONTRATADA remunera a rede de prestadores deste plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pela CONTRATANTE, dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral ao montante despendido pelo beneficiário:

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

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

Art. 45. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 46. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 47. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o **cartão individual de identificação** referente ao plano contratado, com descrição de suas

Rua José Getúlio, 78/90 Acimação CEP 01509-000 São Paulo SP
Tel.: 11 2146-2500 SAC: 0800 772 3030
Portal Unimed Fesp: www.unimedfesp.coop.br

ANS Nº 319996

características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, **cujas apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato**, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a **CONTRATADA** adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

§1º. Caso haja necessidade da via adicional do Cartão Individual de Identificação este deverá ser solicitado eletronicamente pela **CONTRATANTE**.

§2º. A via adicional do cartão será enviada à **CONTRATANTE** e eventual valor especificado no Instrumento de Comercialização será faturado em face da **CONTRATANTE**.

§3º. Eventual valor da via adicional do cartão não será cobrado quando decorrente de furto/roubo, desde que seja enviado à **CONTRATADA** o respectivo Boletim de Ocorrência.

Art. 48. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares **previstos no contrato e no Rol de Procedimentos, realizados pelos médicos cooperados da Unimed e rede dos demais prestadores próprios e contratados referente ao plano adquirido**, conforme Guia de Serviços de Saúde.

§1º As consultas deverão ser realizadas no consultório do **médico escolhido entre aqueles pertencentes à rede própria ou contratada do plano**.

§2º Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela **CONTRATADA, por meio da rede própria ou contratada constante no Guia**.

§3º Desde que executados na rede de prestadores do plano e atendidas as condições contratuais, estará garantida a cobertura dos serviços diagnósticos e tratamentos, ainda que o profissional solicitante não pertença à rede própria ou contratada da operadora.

§4º **O beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico de substituição dos prestadores da rede disponibilizada ao plano contratado.** As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da **CONTRATADA**, pelo serviço de teleatendimento ou pela Internet.

Art. 49. Para acesso a quaisquer serviços, os beneficiários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.

Art. 50. Caso o beneficiário tenha dificuldade de acesso a alguma cobertura prevista neste plano, deverá entrar em contato com a **CONTRATADA** pelo seu serviço de teleatendimento, que o direcionará ao prestador que executará o procedimento.

Art. 51. As internações eletivas requerem autorização prévia, e para a sua obtenção o beneficiário **apresentará à CONTRATADA o pedido médico com**

as devidas razões da internação, com indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

Parágrafo único. Caso não seja necessária a realização de perícia, a **CONTRATADA** emitirá uma **guia de internação**, com prazo previamente estabelecido, que corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificativa médica a ser apresentada à **CONTRATADA**.

Art. 52. Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva autorização da internação e procedimentos, sob pena de a **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 53. O beneficiário estará obrigado, ao internar-se, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a **guia de internação**, o **documento de identidade e o cartão de identificação** emitido pela **CONTRATADA**, em pleno vigor.

Art. 54. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. **Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.**

Art. 55. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

Art. 56. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 57. A **CONTRATADA** se reserva o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos, e, em situações de divergência, estará garantida a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Parágrafo único. Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Art. 58. A **CONTRATADA** poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, ou seja, comunicação com antecedência de trinta dias ou após

prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para os casos de substituição ou redução da rede hospitalar, respectivamente.

Parágrafo único. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica qualquer direito de redução dos valores fixados.

Art. 59. A CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no instrumento de comercialização, no pagamento dos procedimentos pela chamada “coparticipação”, que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

TÍTULO X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 60. Trata-se de **contrato com preço pré-estabelecido**, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Parágrafo único. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, que estejam nas mesmas condições.

Art. 61. A CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por beneficiário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades, conforme disposto no instrumento de comercialização.

Parágrafo único. As mensalidades, cujos valores são **aferidos de acordo com a idade dos beneficiários** dispostos conforme a faixa etária em que se enquadrem, correspondem às contraprestações sucessivas e mensais pelo plano ora contratado, e, caso seja adotado preço único, no instrumento de comercialização constará o critério adotado para a sua determinação e a participação da **CONTRATANTE**, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

Art. 62. A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver, desde que previamente acordada entre as partes.

Art. 63. As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusões ou de exclusões de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 64. Ocorrendo impontualidade nos pagamentos do CONTRATANTE para a CONTRATADA, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão, a critério da CONTRATADA.

Art. 65. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 66. Se a CONTRATANTE não receber documento que a 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 às consequências da mora.

TÍTULO XI – REAJUSTE

Art. 67. Os valores das mensalidades foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os custos dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência prevista de utilização desses serviços, e seus limites, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim, quaisquer alterações desses itens ensejarão novos valores.

Art. 68. Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, conforme indexador definido no instrumento de comercialização.

§1º Caso a legislação autorize o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

§2º Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de reajustamento do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art. 69. De forma complementar, além da atualização prevista acima, o cálculo atuarial poderá ser revisto anualmente, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, se houver utilização comprovada acima da média prevista ou aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência médica e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos, bem como alteração do grau de risco contratual.

§1º Os parâmetros da revisão técnica serão definidos no instrumento de comercialização.

§2º Fica estipulado entre as partes contratantes que também serão computados para o cálculo da sinistralidade, todos os custos suportados pela **CONTRATADA** no período de apuração, inclusive os decorrentes de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinado por decisão proferida em processo administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme normas aplicáveis à espécie.

Art. 70. Em caso de não aplicação do reajuste no mês de sua incidência, por motivo de negociação entre as partes, será emitida fatura complementar relativa ao reajustamento retroativo.

Art. 71. Os reajustes e revisões das mensalidades deste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme determinado pela regulamentação em vigor.

Sessão Única – Agrupamento Para Diluição do Risco

Art. 72. Na hipótese de esta contratação não contar com pelo menos trinta beneficiários deverá ser agrupada para fins de cálculo e aplicação de reajuste unificado, de modo que haja distribuição do risco inerente à operação por todos os contratos pertencentes ao grupo quando da revisão técnica.

Art. 73. A quantidade de beneficiários estabelecida para definir se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e reavaliada anualmente, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

§1º Quando a contratação superar a quantidade mínima de beneficiários, o contrato será desagregado do agrupamento, passando o reajuste a ser regido individualmente pelas disposições contratuais específicas.

§2º Para fins da apuração do número de beneficiários será considerada a soma de todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que inscritos em planos privados de assistência à saúde diferentes, bem como, na hipótese de mais de uma CONTRATANTE integrar a contratação no mesmo instrumento jurídico, a soma de todos os inscritos por todas elas.

Art. 74. O período de cálculo do reajuste único, seja pelo índice de preços, seja pela recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, será comum a todos os contratos incluídos no agrupamento.

Art. 75. Os parâmetros de reajuste e revisão técnica dos contratos incluídos no agrupamento para diluição de risco estarão definidos no instrumento de comercialização.

Art. 76. Respeitada a respectiva data base de cada contratação, o percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no período compreendido entre o mês de maio de um ano e o mês de abril do ano seguinte.

Art. 77. A **CONTRATADA** deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Art. 78. É facultado à CONTRATADA, a título de aditamento pré consentido, alterar o período de apuração do reajuste, bem como desmembrar o agrupamento por tipo de segmentação assistencial, observadas as normas editadas pela ANS.

TÍTULO XII – FAIXAS ETARIAS (10 FAIXAS)

Art. 79. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. **Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.**

Art. 80. As faixas etárias para os fins deste contrato serão:

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

Art. 81. A **variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, que não se confunde com o reajuste financeiro anual, obedecerá aos percentuais definidos no instrumento de comercialização.**

§1º Os percentuais definidos para a mudança de faixa etária incidirão sobre as mensalidades vigentes na data que ocorrer a alteração da idade do beneficiário (e que importe em deslocamento para a faixa etária superior), ou seja, os percentuais incidirão sobre os valores das mensalidades reajustadas e/ou revistas na forma contratual.

§2º Os percentuais de variação de faixa etária são fixados observando que o valor da última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da

primeira faixa etária, e ainda, 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.

§3º As variações por mudança de faixa etária não poderão apresentar percentuais negativos.

Art. 82. Os beneficiários acima de 59 anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, porém, estarão sujeitos ao reajuste financeiro anual, e, eventualmente, à revisão técnica, na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 83. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários do plano.

Art. 84. As despesas incorridas com beneficiário internado ou em atendimento domiciliar, excluído do plano, voluntária ou compulsoriamente, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

Art. 85. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

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

Art. 86. A CONTRATADA está autorizada a excluir os beneficiários ocorrendo fraude por:

- I - qualquer ato ilícito praticado na utilização do objeto deste instrumento;
- II - utilização indevida do cartão individual de identificação do beneficiário;**
- III - omissão ou distorção de informações** em prejuízo da operadora ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- IV - descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.**

Parágrafo único. No conceito de fraude inclui-se a má-fé e a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 87. É obrigação da CONTRATANTE recolher os cartões individuais de identificação dos beneficiários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela operadora, e encaminhá-los à sede da CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos ônus resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário.

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

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

TÍTULO XIV – RESCISÃO

Art. 88. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará, sempre, após a ciência da CONTRATANTE, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a CONTRATADA denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 89. Rescinde-se também este contrato, ocorrendo:

I - qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;

II - redução da massa total negociada no percentual definido no instrumento de comercialização.

III - utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

IV - omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;

V - descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A CONTRATANTE evitará a rescisão do contrato caso exclua o autor do ilícito, bem como do respectivo grupo familiar a que ele estiver vinculado.

Art. 90. Na hipótese de a CONTRATANTE denunciar o contrato durante o período da vigência inicial, esta se obriga a pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo, que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressaltando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil (Lei nº 10.406).

§1º Estando vigente por prazo indeterminado, o contrato poderá ser denunciado imotivadamente por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º A falta de comunicação, nos termos deste artigo, **implica a subsistência das obrigações assumidas**.

§3º Durante o prazo de denúncia previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão imotivada de beneficiários.

Art. 91. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato, ou permanência do beneficiário, cessa no último dia do prazo da denúncia contratual, ou na data prevista para a exclusão do beneficiário, excluído voluntária ou compulsoriamente, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

Parágrafo único. A **CONTRATANTE** é responsável pelas despesas efetuadas após a exclusão dos beneficiários, excluídos voluntária ou compulsoriamente, ainda que solidariamente.

Art. 92. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

TÍTULO XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 93. Integram a presente contratação a declaração de saúde, a Tabela Referencial, o guia do beneficiário, guia de leitura contratual, as disposições de propostas ou termos de adesão/admissão, instrumento de comercialização ou qualquer outro documento que disponha sobre os direitos dos beneficiários.

Art. 94. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 95. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da **CONTRATADA**, para a devida apuração.

Art. 96. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços não cobertos pelo contrato ou, quando houver cobertura, eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de suspensão ou cumprimento de carência, após o término da relação contratual ou atendimento a beneficiário excluído do plano, ou ainda, em fraude; obrigando-se a **CONTRATANTE** a reembolsar à **CONTRATADA** quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 97. A **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 98. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue aos beneficiários, a **CONTRATANTE** deverá comunicar assim que tiver ciência pelos usuários, de forma eletrônica, o fato à **CONTRATADA**, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão da via adicional. O cancelamento só terá validade quando recebido de forma eletrônica, através de ferramenta disponibilizada pela **CONTRATADA**.

Art. 99. A **CONTRATADA** poderá valer-se da inserção de mensagens no documento de cobrança das contraprestações como meio de veiculação de seus comunicados.

Art. 100. Se qualquer das partes, em benefício da outra, permitir, mesmo por omissão, a inobservância no todo ou em parte de qualquer das cláusulas e condições deste contrato, tal fato não poderá liberar, desonerar ou de qualquer forma afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas, como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido, não implicando perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 101. Poderá a **CONTRATADA** exigir documentação comprobatória das declarações da **CONTRATANTE**.

Art. 102. A **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos beneficiários como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados, e utilizarão da codificação expressa na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª REVISÃO, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

Parágrafo único. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico, e a **CONTRATADA** fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Médica.

Art. 103. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, quando permitido.

Parágrafo único. As partes destacam que a responsabilidade da **CONTRATADA** limita-se à cobertura definida expressamente neste instrumento, considerando-se o rol de procedimentos taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente incluídos neste contrato ou no rol de procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não têm cobertura.

Art. 104. A **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **CONTRATADA**, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus beneficiários, cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

Seção Única - Das Definições

Art. 105. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os beneficiários vinculados.

II - CONTRATADA: é a **OPERADORA** de planos privados de assistência à saúde, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano contratado, nos termos deste instrumento, por meio dos médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

III - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física inscrita no plano que usufruirá os serviços de assistência à saúde, na qualidade de titular ou dependente.

Art. 106. Também são assim definidos:

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

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

III - AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A **CONTRATADA** não adota essa alternativa em seus contratos.

IV - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros

socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

V - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

VI - CARÊNCIA: é o período ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, ou da data da adesão ao plano, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

VII - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

VIII - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS da respectiva segmentação assistencial contratada.

IX - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente.

X - CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

XI - CONTRAPRESTAÇÃO: valor pago à CONTRATADA em contrapartida às obrigações assumidas, podendo ser fixa e mensal (mensalidade) ou ainda em razão da utilização específica da cobertura.

XII - CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo **CONTRATANTE** é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

XIII - CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação de emprego ou estatutária, podendo abranger ainda, conforme previsão contratual, os sócios, administradores, demitidos, aposentados, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, e respectivos grupos familiares.

XIV - CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, tais como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais, cooperativas que congreguem membros de categorias, podendo abranger, conforme previsão contratual, os respectivos grupos familiares.

XV - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XVI - COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.

XVII - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujos valores são aferidos por meio de tabelas pré-definidas ou correspondentes àqueles cobrados pelos prestadores de serviço, podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.

XVIII - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) e DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): definem critérios cujo atendimento é condição para que haja direito à cobertura dos procedimentos específicos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); sem o cumprimento das exigências (critérios das diretrizes) a operadora não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.

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

XX - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o beneficiário (ou seu responsável) tenha conhecimento antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

XXI - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

XXII - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

XXIII - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

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

XXV - EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXVII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA, CATEGORIA DIFERENCIADA OU PRIMEIRA LINHA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços, acima dos praticados pelos demais estabelecimentos do mercado, não se sujeitando a tabela de referência de terceiros.

XXVIII - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o beneficiário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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

XXX - MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas e coparticipação pecuniária previstas no contrato.

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

XXXII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXIII - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo(a) CONTRATANTE; produto.

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

XXXV - PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): são aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

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

XXXVII - RECEITA ou INGRESSO: é o valor total arrecadado pela CONTRATADA, compreendendo as mensalidades, a coparticipação, se houver, e, ainda, eventual faturamento em custo operacional (preço pós-estabelecido).

XXXVIII - RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS PELA OPERADORA: são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar e diagnose, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

XXXIX - RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS PRÓPRIOS: todo recurso físico, hospitalar ou ambulatorial, de propriedade da CONTRATADA, e ainda, profissional assalariado ou cooperado da CONTRATADA.

XL - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).

XLI - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos, constantes da relação entregue à CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XLII - TABELA DE REFERÊNCIA ou REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, utilizada para fins de reembolso, de acordo com as condições expressas no contrato.

XLIII - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

TÍTULO XVI – ELEIÇÃO DE FORO

Art. 107. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Este documento está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 461.746/10-1.