A QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: UNIMED SÃO GONÇALO NITERÓI SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES LTDA

Nome Fantasia: UNIMED LESTE FLUMINENSE

C.N.P.J.: 28.630.531/0001-87

Registro da Operadora ANS no: 34373-1

Classificação da Operadora na ANS: COOPERATIVA MÉDICA

Endereço: RUA DR. BORMAN, 51 - 11º ANDAR - CENTRO - NITERÓI - RJ

CEP: 24020-320

B QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Para fins deste contrato, é CONTRATANTE a pessoa jurídica abaixo qualificada, que contrata os serviços aqui prestados, para fruição dos serviços pelos beneficiários indicados na forma deste contrato:

Razão Social: _____
C.N.P.J.: _____
Endereço: _____
Nº _____
Compl. _____
Bairro: _____
Cidade/UF: _____
Rep. Legal: _____
CPF: _____

C NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME: UNIMED SAUDE DIFERENCIAL PREFERENCIAL (EE)

Nº DE REGISTRO NA ANS: 481.008/18-2

D TIPO DE CONTRATAÇÃO

COLETIVA EMPRESARIAL.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

F ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Estadual.

G ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Estado do Rio de Janeiro.

H PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Acomodação coletiva.

Havendo indisponibilidade de leito hospitalar na rede credenciada contratada, é garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional ao BENEFICIÁRIO.

I FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-estabelecido (pré-pagamento).

J SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Não há

I ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA,** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, observado o disposto na Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) com suas alterações.

1.2 O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições da Lei 9.656/98 (lei dos planos de saúde), Lei 5.764/71 (lei das cooperativas) e do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 DO TITULAR

2.1 Somente poderá ser incluída pela CONTRATANTE, na qualidade de titular, a pessoa física que mantenha com ela, à data da inclusão, vínculo empregatício ou estatutário, os sócios e administradores da CONTRATANTE, os agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes vinculados à CONTRATANTE, bem como os empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, vinculados à CONTRATANTE, observadas as condições de inscrição e permanência, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e Resolução Normativa 279/ANS e correlatas, sendo assim definidos:

2.1.1 **Com vínculo empregatício ativo**: destinado a empregados/funcionários ativos;

2.1.2 **Com vínculo empregatício inativo:** destinado a empregados/funcionários aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98

2.2 O vínculo deverá ser comprovado expressamente pelo CONTRATANTE no ato do pedido de inclusão dos beneficiários, seguindo as regras e documentos que forem solicitados pela CONTRATADA.

2.3 DOS DEPENDENTES

2.3.1 É assegurada a inclusão, na qualidade de beneficiários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular:

a) Cônjuge;

b) Convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

c) Filho solteiro, até 24 (vinte e quatro) anos de idade;

d) Enteado, assim entendido como filho solteiro do Convivente ou Cônjuge, enquanto menor de idade;

e) Filho solteiro incapaz, mediante comprovação através de decisão judicial transitada em julgado;

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

f) Menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos de idade.

2.3.2 A inclusão dos dependentes deverá ser feita a pedido exclusivo do CONTRATANTE e será processada através de preenchimento de Proposta de Adesão e Declaração de Condições Gerais de Saúde.

2.3.3 Desde que observadas as condições de elegibilidade, é assegurada a inclusão:

g) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo genitor desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

h) do 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 adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

i) do filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.

2.3.4. Observadas as condições de elegibilidade, é assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção, observando:

A) A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário titular for o pai ou a mãe;

B) A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela CONTRATADA ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e

C) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

2.3.4.1. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando recém-nascido, filho natural ou adotivo for inscrito nos primeiros trintas dias a contar:

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

A) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;

B) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e

C) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.

2.3.4.2. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, poderá ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, e neste caso o beneficiário estará sujeito a cobertura parcial temporária por 24 meses.

2.3.5. No que diz respeito ao cumprimento de carências máximas ao recém-nascido inscrito em até 30 dias, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

A) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

B) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

2.3.6 Ultrapassados os prazos previstos acima, a inclusão de filhos estará sujeita ao cumprimento integral das carências previstas neste contrato.

2.3.7 A inclusão no contrato de dependentes do beneficiário titular dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde e estará sujeita à comprovação do vínculo de dependência, legal ou econômica, na forma do imposto de renda e estará vinculada ao pagamento do valor da mensalidade vigente relativamente à cada inclusão a ser aferida no momento da inclusão.

2.4 Mediante negociação específica com o CONTRATANTE, poderão ser admitidas outras pessoas indicadas pela CONTRATANTE, na qualidade de beneficiários agregados e desde que dependentes econômicos do beneficiário titular.

2.5 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um,

principalmente a titularidade de sua vinculação com a CONTRATANTE, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

2.6 O CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato, responsabilizando-se pela inscrição e/ou exclusão de beneficiários, de acordo com o calendário, divulgado, anualmente, pela operadora.

III	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 Os beneficiários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas da segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA**, respeitadas as limitações quanto à rede de cooperados e prestadores contratada direta ou indiretamente, através das Cooperativas integrantes do Sistema Unimed na área de abrangência do contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.2 Os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, compreendem genericamente:

- **Consultas:** os beneficiários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados, direta ou indiretamente, disponíveis na área de abrangência do contrato;
- **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados, direta ou indiretamente, na área de abrangência do contrato;
- **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através da rede própria, credenciada ou contratada, direta ou indiretamente, na área de abrangência do contrato;
- Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos vigente da ANS, à época do evento;
- Cobertura referente à participação de médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
- Atendimento assegurado, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

3.3 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

3.3.1 Os 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.

3.4 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação, endoscopia, laparoscopia e demais escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente no momento do evento, sendo igualmente assegurada a cobertura de dispositivos ópticos ou de vídeo para a captação de imagem, para as escopias previstas no Rol de Procedimentos da ANS.

3.5 O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

3.6 Todas as taxas, materiais, contrastes, medicamento, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de procedimentos da ANS vigente no momento do atendimento, possuem cobertura, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, respeitados ainda as condições de credenciamento, referenciamento e reembolso (este, se for cabível, nas hipóteses previstas contratualmente).

3.6.1 É assegurada a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC 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

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

3.6.2 O somatório da cobertura ambulatorial + hospitalar + obstétrica compreende:

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

3.7 SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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, dentro da área de abrangência e rede contratada, observado o que se segue.

3.7.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
3.7.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
3.7.3 Cobertura para casos de psicoterapia, **em quantidade máxima de sessões equivalente ao mínimo estabelecido no Rol de procedimentos vigente da ANS**, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
3.7.4 Cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
3.7.5 Cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação nos atendimentos relacionados às doenças e lesões preexistentes com cláusula de cobertura parcial temporária;
3.7.6 Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, conforme previsto no Rol de Procedimentos vigente da ANS;
3.7.7 Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

ocupacional e psicólogo, **em quantidade máxima equivalente ao mínimo estabelecido no Rol de Procedimentos vigente da ANS e nas Diretrizes de Utilização**;

3.7.8 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

3.7.9 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, nos termos do Rol de Procedimentos editado pela ANS, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- 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;
- 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, respeitando preferencialmente as seguintes características:
  a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da 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
  b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- radioterapia ambulatorial, conforme listado no Rol de Procedimentos vigente da ANS;
- 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 do Rol de Procedimentos vigente da ANS;
- hemoterapia ambulatorial.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

3.8 SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

O segmento hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, definidos na Lei nº 9.656/98 e/ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, dentro da área de abrangência e rede contratada, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, respeitadas as seguintes condições e limitações definidas nos itens abaixo.

Internações hospitalares:

3.8.1 Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as modalidades de internação hospitalar, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional em casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
3.8.2 Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico (atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção), realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; 3.8.2.1 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 3.8.2.2 Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência, cabendo seus custos ao beneficiário;
3.8.3 Diárias decorrentes de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

3.8.4 Cobertura de toda e qualquer taxa relacionada aos procedimentos da internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados;

3.8.5 Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar credenciados, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

3.8.6 Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados até a alta hospitalar;
3.8.6.1. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
a) 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; e
b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada;
3.8.6.2. Sob nenhuma hipótese haverá cobertura ou reembolso de despesas de profissionais contratados em caráter particular para acompanhamento durante o período de internação.

3.8.7 Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e domiciliar.

3.8.8 Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital ao beneficiário internado, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

3.8.9 Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica e para o controle da evolução da doença, previstos no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações;

3.8.10 Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e gases medicinais cobertos e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
3.8.10.1 Cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:
I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC 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
II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013
3.8.11 - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, exclusivamente nos seguintes casos: a) de crianças e adolescentes menores de 18 anos; b) de idosos a partir dos 60 anos de idade; e c) de pessoas com deficiência.
3.8.12 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: • hemodiálise e diálise peritonial - CAPD; • quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde; • 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, respeitando preferencialmente as seguintes características: a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da 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 b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA. • radioterapia ambulatorial, conforme listado no Rol de Procedimentos da ANS; • hemoterapia; • procedimentos diagnósticos e terapêuticos de hemodinâmica, conforme listado no Rol de Procedimentos vigente da ANS; • nutrição parenteral ou enteral; • embolizações listadas no Rol de Procedimentos vigente da ANS ; • radiologia intervencionista; • exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos vigente da ANS;

3.8.13 Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos vigente da ANS, **excetuando-se medicação de manutenção**.

3.8.14 Inclusão de procedimentos para anticoncepção, dentre eles inserção de DIU, vasectomia e ligadura tubária, onde os dois últimos procedimentos deverão observar os termos da Lei 9.263/96.

Fornecimento de Órteses e Próteses:

3.8.15 SOMENTE SERÃO FORNECIDAS AS ÓRTESES E PRÓTESES VINCULADAS E ESSENCIAIS AO ATO CIRÚRGICO, NACIONAIS E IMPORTADAS, DESDE QUE SEJAM NACIONALIZADAS E COM REGISTRO NA ANVISA. NO CASO DAS IMPORTADAS, SOMENTE SE NÃO HOUVER SIMILAR NACIONAL, PODENDO A CONTRATADA FORNECÊ-LAS DIRETAMENTE OU AUTORIZAR SEU FORNECIMENTO POR TERCEIROS POR ELA DETERMINADOS.

3.8.16 O profissional requisitante deverá indicar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos e, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.8.16.1 Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

3.8.16.2 Na hipótese de o BENEFICIÁRIO optar pela utilização de órtese e prótese importada e/ou diversa da definida ou autorizada, após a solução da divergência acima, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA CONTRATADA SERÁ LIMITADA AO VALOR DA ÓRTESE E PRÓTESE POR ELA FORNECIDA OU AUTORIZADA, CABENDO A DIFERENÇA AO BENEFICIÁRIO.

Transplantes relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações:

3.8.17 Cobertura dos transplantes de rins e córneas, bem como dos transplantes autólogos e alogênico de medula óssea previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS e suas atualizações e das despesas com seus procedimentos vinculados,

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

isto é, aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, a saber:

- Despesas assistenciais com doadores vivos;
- Medicamentos utilizados durante a internação;
- 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**
- Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento aos SUS.

3.8.18 Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

3.8.19 Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado neste artigo não será coberto pela CONTRATADA.

Cirurgia Plástica Reparadora:

3.8.20 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. (artigo 10-A da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei nº 10.223, de 2001);

3.8.21 Cirurgias reparadoras de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Transtornos Mentais e Psiquiátricos

3.8.22 Custeio integral de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

3.8.23 Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos mentais, de acordo com o Rol de Procedimentos vigente da ANS. Entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, e que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de utilização definidas pela

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

ANS e vigentes no momento do atendimento;

3.9 SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

3.9.1 O segmento hospitalar com obstetrícia compreende:

j) procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, definidos e listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações;
k) 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 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
l) a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo.

IV EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 ESTÃO EXCLUÍDAS DAS COBERTURAS DESTE CONTRATO, AQUELAS LISTADAS NO ART. 10 DA LEI 9656/98, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, BEM COMO, EXEMPLIFICATIVAMENTE:

- Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

- Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, exames, medicamentos importados não nacionalizados, próteses e órteses importadas não nacionalizadas ou ainda não reconhecidos pela AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA);
Tratamento clínico ou cirúrgico experimental é aquele que:

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

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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

- Vacinas, nacionais ou importadas;

- Materiais, medicamentos, próteses (qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido) e órteses (qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligado ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram ato cirúrgico) não prescritos pelo médico assistente ou ainda divergentes da definição do parecer de junta médica, especialmente convocada no caso de impasse na autorização;

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

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

- Cirurgias plásticas, exceto as cirurgias plásticas reparadoras conforme anteriormente conceituadas;

- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos em SPAs, clínicas de obesidade, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; tratamentos ou cirurgias com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;

- Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

- Aparelhos ortopédicos não ligados ao ato cirúrgico, tais como botas, muletas, tipóias, etc;
- Materiais de síntese, próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, em regime privativo ou domiciliar e medicamentos para uso domiciliar;
- Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;
- Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, inclusive o denominado "home care";
- Despesas assistenciais não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;
- Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos vigente da ANS que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;
- Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada, no Brasil e exterior;
- Atendimentos e tratamentos odontológicos, de qualquer natureza, estando coberta tão somente a cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar;
- Artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal, do paciente e do acompanhante;
- Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não assistentes ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA, salvo nos casos de urgência e emergência em que não houver possibilidade de utilização da rede credenciada, na forma do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, caso em que as despesas deverão ser reembolsadas, na forma prevista neste contrato.
- Serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato e nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- Quaisquer procedimentos para fins estéticos, incluindo cirurgias oftalmológicas.
- Exames admissionais, demissionais e periódicos, para fins de contrato de trabalho.

- Despesas com remoção de um estabelecimento médico-hospitalar (hospitais e/ou clínicas) para residência e vice-versa, bem como, remoção para realização de exames e/ou procedimentos, também chamado taxiamento.

- Tratamento esclerosante de varizes e RPG;

- Despesas de acompanhantes, excepcionadas a acomodação/alimentação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e para idosos a partir dos 60 (sessenta anos), bem como para aqueles portadores de deficiência, salvo contra-indicação do médico e/ou cirurgião assistente.

- Medicamentos ou qualquer insumo para uso domiciliar, excetuando-se os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar que constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, bem como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, na forma estabelecida contratualmente.

V DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 Este contrato terá início de vigência com a assinatura pelas partes e duração mínima de 12 meses.

5.2 Caso não seja formalmente denunciado com 60 (sessenta) dias de antecedência ao término do primeiro ano de vigência contratual, este contrato ficará prorrogado automaticamente por tempo indeterminado, não havendo qualquer taxa a título de renovação do contrato.

VI PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Na contratação empresarial com **menos de 30 (trinta) participantes,** os atendimentos e os procedimentos estão submetidos ao cumprimento dos seguintes períodos de carência por parte dos beneficiários, contados da data de inscrição de cada beneficiário no contrato:

ITEM	DESCRIÇÃO	PRAZO DE CARÊNCIA
I	Acidentes pessoais	24 horas
II	Urgência e emergência, inclusive obstétrica, limitada ao atendimento ambulatorial durante o	24 horas

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

	prazo de carência e/ou cobertura parcial temporária, nos termos da Resolução CONSU 13/98 e Súmula 25/ANS	
III	Consultas médicas e exames/procedimentos básicos de diagnóstico e terapia, tais como: Exames de Análises Clínicas e Histocitopatológicos, exceto necropsias e aqueles constantes do item V abaixo ou para os quais esteja previsto o cumprimento de prazo maior de carência; Exames Radiológicos simples sem contraste; Exames e Testes Oftalmológicos; Exames e Testes Otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada; Eletrocardiograma convencional; Eletroencefalograma convencional; Inaloterapia; Provas Funcionais Respiratórias	30 dias
IV	Consultas ou sessões eletivas com Nutricionista, Psicólogo ou Fonoaudiólogo; Fisioterapia e Cirurgias ambulatoriais de porte anestésico 0 (zero); Densitometria Óssea; Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A); Eletromiografia; Eletroneuromiografia; Endoscopias Diagnósticas em regime ambulatorial; Exames e Testes Alergológicos; Exames Radiológicos com contraste, exceção feita aos constantes da alínea "e"; Fisioterapia; Eletrocardiografia Dinâmica (Holter); Teste Ergométrico; Ultrassonografia, à exceção das constantes no item V abaixo ou para as quais seja previsto prazo maior de cumprimento de carência; Perfil Biofísico Fetal e Tococardiografia	90 dias
V	Exames de Análises Clínicas pela Pesquisa P.C.R e Histocitopatológicos por Histoquímica; Hibridização Molecular; Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV III (HIV) – Western Blot; Ecocardiografia/Ecodoppler; Eletroencefalograma prolongado; Videolaringoestroboscopia computadorizada; Mapeamento Cerebral; Polissonografia; Potencial Evocado e Dopplerfluxometria; Ultrassonografia Morfológica e Ultrassonografia com Doppler	120 dias
VI	Cirurgias ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas	180 dias
VII	Outros exames e procedimentos especiais de diagnóstico e terapia, tais como: Exames Diagnósticos e Cirurgias por Vídeo; Laparoscopia	180 dias

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

	Diagnóstica; Cintilografia; Diálise Peritonial; Diálise Peritonial-CAPD; Hemodiálise; Hipertermia Prostática; Internações Clínicas ou Cirúrgicas Eletivas; Litrotripsia; Medicina Nuclear; Mielografia; Quimioterapia; Radioterapia; Ressonância Nuclear Magnética; Tomografia Computadorizada; Transfusão de Sangue e Hemoderivados; Angiografia; Angioplastia; Arteriografia; Cineangiocoronariografia; Procedimentos de Hemodinâmica; Neuroradiologia, Radiologia Intervencionista	
VIII	Exames/procedimentos que não estejam relacionados anteriormente e não estejam excluídos de cobertura	180 dias
IX	Parto a termo	300 dias

6.2 Na hipótese de virem inseridos na Proposta de Admissão períodos de carências mais benéficos ao CONTRATANTE, eles prevalecerão aos aqui constantes.

6.3 **Na contratação coletiva empresarial com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta), não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário ocorra em até 30 (trinta) dias da data da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.**

VII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 O CONTRATANTE está obrigado, por ocasião da inscrição, a encaminhar à CONTRATADA as informações firmadas pelo Beneficiário titular, por si e por seus dependentes, sobre ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

7.2 Considera-se doença ou lesão preexistente aquela que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano.

7.3 Na Declaração de Condições Gerais de Saúde, os Beneficiários deverão relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, que sejam de seu conhecimento, sob pena de a sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-os à exclusão do contrato, bem como à cobrança de eventuais prejuízos.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

7.4 A informação será prestada pelo Beneficiário, no momento da contratação, por meio de Declaração de Condições Gerais de Saúde, em formulário específico fornecido pela CONTRATADA, que fará parte integrante deste contrato e será preenchido, a seu critério:

- sem a assistência de médico;
- com a assistência de um médico da CONTRATADA, sem nenhum ônus para o beneficiário;
- com a assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

7.5 A apresentação da Declaração de Condições Gerais de Saúde é condição prévia para a inclusão do beneficiário no presente contrato.

7.6 Fica facultado, a critério da CONTRATADA, ou do CONTRATANTE, no momento da contratação, a realização da entrevista qualificada e de exames periciais, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes. É vedada a alegação a posteriori da existência de doença ou lesão preexistente, se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

7.7 A declaração pelo beneficiário ou a constatação posterior pela CONTRATADA da existência de lesão ou doença preexistente de conhecimento do beneficiário resultará na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da inclusão do beneficiário no contrato.

7.8 A cobertura parcial temporária corresponde à exclusão, pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, dos procedimentos cirúrgicos, das internações em leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, relacionados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, vinculados à doença ou lesão preexistente.

7.9 Sendo detectada a doença ou lesão preexistente, será remetido ao beneficiário o Termo de Cobertura Parcial Temporária, que informará a exclusão dos procedimentos cirúrgicos, das internações em leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, vinculados à doença ou lesão preexistente, que ESTARÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL PELO PRAZO MÁXIMO DE 24 (vinte e quatro) MESES, A CONTAR DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO.

7.10 Na hipótese da não realização de exame ou perícia médica pela CONTRATADA, a constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do beneficiário, da condição sabida de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente, caracterizará fraude, cabendo à CONTRATADA a imediata notificação formal do fato ao CONTRATANTE, resultando nas seguintes ações subseqüentes,

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

seguindo processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:

- O beneficiário terá o prazo de 10 (dez) dias para se manifestar quanto à veracidade das alegações da CONTRATADA;
- Findo o prazo de dez dias, havendo o reconhecimento da omissão das informações por parte do beneficiário, o contrato poderá, de acordo com a vontade do beneficiário, ser repactuado, considerando as novas condições decorrentes do reconhecimento da doença ou lesão preexistente, seja quanto ao agravamento da contraprestação, seja quanto à aplicação de cobertura parcial temporária;
- Caso o beneficiário não concorde com as alegações da CONTRATADA, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo a abertura de Processo Administrativo, cuja tramitação está especificada através da RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;
- A suspensão e/ou cancelamento do contrato pela CONTRATADA somente se dará após a publicação, no Diário Oficial da União, da decisão proferida, pela Diretoria Colegiada da ANS, relativa ao Processo Administrativo instaurado que reconhecer a existência sabida do beneficiário da doença ou lesão preexistente à contratação.

7.11 No caso de beneficiários em cumprimento de cobertura parcial temporária, os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às doenças ou lesões identificadas como preexistentes, somente terão a cobertura do segmento ambulatorial, não garantindo, pois, cobertura à internação cirúrgica, em leitos de alta tecnologia e para os procedimentos de alta complexidade, relativos a essas doenças e lesões preexistentes, enquanto vigorar a cobertura parcial temporária.

7.12 Nos casos acima, relacionados às doenças e lesões preexistentes, a CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para o SUS, ou, a critério do Beneficiário, o mesmo poderá permanecer no prestador hospitalar, desde que assuma a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação.

7.13 Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou da sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

VIII	ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

8.1 Para fins deste contrato, valem as seguintes definições legais quanto à urgência e emergência:

- **Emergência**: são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;
- **Urgência**: são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

8.2 Nos casos de **urgência ou emergência**, o atendimento será garantido sem restrições para os **acidentes pessoais**, após 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da data aposta na Proposta de Adesão, para os beneficiários inscritos no seu início, e a partir da data de inclusão, para os que forem inscritos posteriormente.

8.3 Nos demais casos, ESTANDO O BENEFICIÁRIO EM **CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA** SERÁ GARANTIDO O ATENDIMENTO AMBULATORIAL, NÃO ESTANDO COBERTAS AS INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS OU EM LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA, NEM OS PROCEDIMENTOS AINDA SUJEITOS AO CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA.

8.4 ESTANDO O BENEFICIÁRIO EM **CUMPRIMENTO DE CLÁUSULA DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** RELATIVAMENTE ÀS **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES,** ESTARÃO EXCLUÍDAS, RELATIVAMENTE A ESSAS DOENÇAS OU LESÕES, AS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS EM LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, ENQUANTO PERDURAR A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, SENDO ASSEGURADO O ATENDIMENTO AMBULATORIAL.

8.4.1 Considera-se o atendimento ambulatorial, ainda que em ambiente hospitalar, a atenção continuada prestada nas primeiras doze horas de atendimento, desde que não seja característica de internação.

8.5 Nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for impossível a utilização dos serviços nos prestadores que integram a rede credenciada contratada, mediante declaração por escrito do beneficiário ou quem por ele responda, EXCEPCIONALMENTE, a CONTRATADA assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, no limite das obrigações deste contrato e de acordo com a área geográfica contratada.

8.6 Os parâmetros contratuais para a definição do limite do reembolso incluem não só aspectos de cobertura, como o preço praticado pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica e área geográfica de abrangência, visando manter o equilíbrio contratual em respeito ao cálculo atuarial em que está baseada a fixação dos preços contratados.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

8.7 O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada básica, vigentes à data do evento a ser reembolsado.

8.8 A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos e fica à disposição do CONTRATANTE na sede da CONTRATADA.

8.9 O reembolso acima será efetuado pela CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da entrega dos seguintes documentos a serem OBRIGATORIAMENTE apresentados em original:

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

8.10. Após a análise dos documentos, caso seja o reembolso apenas parcial, a CONTRATADA os devolverá para o beneficiário, juntamente com o pagamento.

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

8.12. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

8.13 Caso a solicitação do reembolso venha a ocorrer após 12 (DOZE) MESES DA DATA DO EVENTO, O BENEFICIÁRIO PERDERÁ O SEU DIREITO AO REEMBOLSO.

REMOÇÃO:

8.14 O presente contrato garante a remoção do paciente, APENAS E TÃO-SOMENTE NAS SEGUINTES HIPÓTESES E CONDIÇÕES:

- Remoção terrestre entre hospitais, após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pelo hospital em que o paciente se encontrava e houver a necessidade da continuidade de atenção ao paciente;
- Remoção terrestre, do paciente em cumprimento de carência ou de cláusula de cobertura parcial temporária quando necessária a continuidade de assistência ao paciente, sendo assegurada a transferência para um estabelecimento hospitalar da rede do SUS.

8.15 No caso de paciente em cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária ou carência, em que não seja possível sua remoção para outro estabelecimento hospitalar da rede do SUS, devido ao eminente risco de vida, os valores incorridos pela CONTRATADA após o período obrigatório de 12 (doze) horas ou antecipadamente se caracterizada a necessidade de internação, serão de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO.

8.16 Na remoção, a CONTRATADA 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.

8.17 Quando o beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade hospitalar diferente da definida no contrato, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

IX ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. O PRESENTE CONTRATO NÃO ASSEGURA A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES, devendo os beneficiários obrigatoriamente escolher dentre os prestadores que integram a rede credenciada BÁSICA da CONTRATADA ou das Cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sejam próprios, contratados em rede indireta ou credenciados, vinculada ao presente contrato, constantes do Guia Médico, limitada à área geográfica de abrangência prevista neste contrato.

9.2. Não fazem parte da rede básica da CONTRATADA os hospitais referenciados como de TABELA PRÓPRIA, cuja relação poderá ser obtida junto à CONTRATADA e atualizada nos termos do artigo 17, da Lei 9.656/98.

X MECANISMO DE REGULAÇÃO

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

Do Cartão Individual de Identificação

10.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários incluídos no presente contrato o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária.

10.2 A qualquer tempo poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços, podendo valer-se inclusive de biometria ou quaisquer outros suportes de aferição de identidade.

10.3 Para a fruição dos direitos e vantagens deste contrato É CONDIÇÃO OBRIGATÓRIA à apresentação, pelo beneficiário do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

10.4 Na eventualidade da CONTRATADA adotar o uso de biometria, ou sistemas mais modernos, para identificação dos beneficiários, estes se obrigam a realizar os cadastros necessários.

10.5 Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário deverá comunicar, por escrito à CONTRATADA, em 48 (quarenta e oito) horas, o fato, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

10.6 O cancelamento só terá validade quando o fato passar a ser conhecido pela CONTRATADA.

10.7 Na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de usuário por qualquer motivo, é obrigação do CONTRATANTE devolver o respectivo Cartão Individual de Identificação do usuário afastado, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA para fins de fruição dos serviços.

10.8 Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito à CONTRATADA, em 48 (quarenta e oito) horas, o fato, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

10.9 As seguintes hipóteses caracterizam uso indevido dos documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação:

- A sua utilização para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, independente do motivo;

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

- A utilização dos documentos de identificação para obter atendimento durante eventual suspensão dos serviços por inadimplência ou por fraude, mesmo que de acordo com a cobertura prevista neste contrato;
- A sua utilização por qualquer pessoa que não seja beneficiário incluído neste contrato, com consentimento e/ou conhecimento do beneficiário;
- A sua utilização para obter serviços de forma diversa da contratada, em extensão dos limites contratuais, seja quanto à cobertura ou quanto à rede credenciada.

Da rede credenciada vinculada ao presente contrato

10.10 Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria BÁSICA, formada por prestadores próprios, credenciados ou contratados, como rede direta ou indireta, exclusivamente na área de abrangência deste contrato, descrita acima, de acordo com os recursos disponíveis de que disponham os prestadores, no local.

10.10.1. Os serviços prestados pelo estabelecimento de saúde ou médico cooperado ao beneficiário está restrito ao pactuado com a CONTRATADA e pode não contemplar todos os serviços disponibilizados para o público em geral. O beneficiário deve observar a abrangência dos serviços cobertos junto ao estabelecimento de saúde ou médico cooperado através do Guia Médico.

10.11 A rede credenciada BÁSICA da CONTRATADA não inclui os denominados Hospitais Especiais ou Hospitais de Tabela Própria, seja da CONTRATADA seja de outra cooperativa integrante do Sistema Nacional UNIMED.

10.12 Em qualquer hipótese, estão excluídos deste contrato os hospitais que não integram a rede credenciada BÁSICA da CONTRATADA, mesmo que sejam credenciados ou contratados como rede direta ou indireta e que não sejam cobertos por este contrato.

10.13 OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NÃO AUTORIZAM UMA EXTENSÃO DA REDE CREDENCIADA DA CONTRATADA, DEVENDO O CONTRATANTE OBSERVAR A REDE A ELE DISPONIBILIZADA POR MEIO DESTE CONTRATO.

10.14 Nos casos excepcionais de ausência de recursos e/ou insuficiência de vagas na rede contratada, a CONTRATADA indicará expressamente o local de atendimento para as coberturas contratadas.

10.15 A CONTRATADA entrega ao CONTRATANTE a lista de sua rede credenciada, em forma de um Guia Médico ou Guia de Serviços de Saúde, editado pela

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

CONTRATADA, que informa a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas.

10.16 O beneficiário deverá, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações contidas constantes do Guia Médico, contatando a CONTRATADA, se julgar necessário, via telefone ou site na Internet, valendo-se do portal corporativo: www.unimedlestefluminense.coop.br, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

10.17 A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos nos termos do artigo 17 da Lei 9.656/98.

10.18 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores 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 e fiscais em vigor.

10.19 Na hipótese de a substituição do estabelecimento ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

10.20 No caso de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

10.21 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

10.22 Todas as alterações da rede credenciada serão previamente informadas ao CONTRATANTE, por meio de correspondência normal, se referente a entidades hospitalares, ou boleto bancário e/ou Internet no site, se demais prestadores.

Dos Procedimentos para as Internações

10.23 Todas as internações e demais procedimentos hospitalares deverão ser autorizados pela CONTRATADA, nos termos do previsto nos itens seguintes, variando o procedimento em se tratando de caso eletivo ou de urgência e emergência.

10.24 Somente os procedimentos devidamente autorizados serão cobertos pela CONTRATADA.

10.25 As internações hospitalares de caráter eletivo serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente.

10.26 Com base no pedido firmado por médico assistente, a CONTRATADA emitirá guia de internação prévia, a ser encaminhada pelo beneficiário ao prestador do atendimento por ele escolhido dentro da rede credenciada vinculada ao contrato.

10.27 A CONTRATADA, através de sua auditoria médica especializada, poderá solicitar ao médico assistente esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente e o tratamento prescrito, antes de emitir a guia de autorização prévia.
10.28 EM QUALQUER CASO, ANTES DE EMITIR A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, SERÁ VERIFICADA EVENTUAL SUSPENSÃO CONTRATUAL EM RAZÃO DE INADIMPLÊNCIA, CONFORME PREVISTO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

10.29 Antes da internação eletiva, o beneficiário se obriga a apresentar à administração hospitalar, os seguintes documentos:

- a guia de internação prévia emitida pela CONTRATADA;
- o seu Cartão Individual de Identificação válido;
- um documento de identidade pessoal legalmente reconhecido.

10.30 Nos casos de urgência ou emergência, a autorização poderá ser obtida por telefone, através de senha autorizadora, disponibilizada pela Central de Atendimento da CONTRATADA, atualmente 08009709087 para ligações oriundas de telefone fixo e (21) 4020-9087 para ligações oriundas de telefone móvel. O beneficiário deverá verificar eventual atualização dos números no portal corporativo da CONTRATADA.

10.31 Na hipótese acima, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação de urgência ou emergência, para providenciar a guia de autorização emitida pela CONTRATADA, a carteira de identificação válida e o documento de identidade do beneficiário, além da solicitação justificada do médico assistente para o procedimento.

10.32 O não atendimento ao disposto acima isenta a CONTRATADA de prestar a cobertura, ainda que de acordo com o presente contrato, não se responsabilizando por quaisquer despesas decorrentes do atendimento.

10.33 A guia de autorização para internação, seja eletiva ou não, conterá a indicação de prazo inicial de autorização que poderá ser fixado pelo médico assistente ou fixado

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

pela CONTRATADA e corresponderá à média de dias de internação recomendados para casos idênticos ou semelhantes ao do paciente.

10.34 Estes prazos poderão ser prorrogados a pedido do médico assistente e têm por finalidade, tão somente estabelecer as rotinas de auditoria e acompanhamento junto ao prestador hospitalar, não representando limitação de cobertura ao beneficiário.

10.35 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente lançado no guia de autorização, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA, a solicitação de prorrogação emitida e justificada pelo médico assistente.

10.36 A CONTRATADA poderá monitorar, através de equipe técnica de auditoria própria ou por ela contratada, toda a evolução do paciente e o tratamento a ele dispensado.

10.37 Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de 7 (sete) dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.
10.38 Sendo exigida autorização prévia para a realização do procedimento, esta poderá ser obtida mediante ligação telefônica à Central da CONTRATADA, para obtenção de senha, ou por fax, ou diretamente, na sede da CONTRATADA.

Dos demais procedimentos

10.39 O acesso a todos os serviços estabelecidos no presente contrato está sujeita a autorização prévia.

10.40 A resposta à solicitação de autorização prévia dos atendimentos/procedimentos será dada nos prazos máximos estabelecidos na legislação setorial.

10.41. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada, atualmente, pela Ouvidoria da operadora. Caso a legislação setorial a qualquer tempo faculte a reanálise por outros setores administrativos, poderá haver a substituição do setor.

Das eventuais divergências técnicas nas autorizações

10.42 Em qualquer hipótese acima prevista quanto às autorizações, na hipótese de divergências técnicas e médicas a respeito do pedido de autorização prévia subscrito pelo médico assistente, poderá a CONTRATADA determinar que a definição da divergência se dê através de junta constituída por 03 (três) membros:

(a) pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário,

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

(b) pelo médico auditor da CONTRATADA por ela indicado e
(c) por um terceiro profissional, a ser escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados ou via sorteio, preferencialmente dentre aqueles que constam da rede credenciada da CONTRATADA, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

10.43 Após a definição da divergência acima e optando o beneficiário pela utilização de exame, procedimento, material, órtese ou prótese diversos do autorizado pela CONTRATADA, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA CONTRATADA SERÁ LIMITADA AO VALOR CORRESPONDENTE AO QUE SERIA AUTORIZADO, CABENDO A DIFERENÇA AO BENEFICIÁRIO.

10.44 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/ cooperados/ credenciados.

10.45 É facultado à CONTRATADA a realização da junta médica, ainda que o USUÁRIO ou seu médico assistente se oponham a realização.

10.46 DA AUSÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO: Para fins de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar, o presente contrato não prevê qualquer coparticipação do Beneficiário, além do pagamento das mensalidades.

10.47. Considera-se coparticipação, a parte que seria devida pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, referente à realização do procedimento.

XI	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1. O preço a ser pago pelo CONTRATANTE é PRÉ-ESTABELECIDO e em regime de pré-pagamento.

11.2. O preço a ser pago pelo CONTRATANTE foi fixado com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição do beneficiário, a rede credenciada vinculada, a frequência média de utilização dos serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, bem como de eventuais custos decorrentes de cobrança a título de ressarcimento ao SUS, considerados na data de assinatura deste contrato.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

11.3 O CONTRATANTE fica obrigado a pagar à CONTRATADA, por BENEFICIÁRIO TITULAR e por seus dependentes inscritos neste contrato, os **valores de mensalidade** e demais valores previstos neste contrato.

11.3.1. O valor da mensalidade de cada beneficiário, seja ativo ou em gozo do benefício de demitidos ou aposentados, e em todos os casos seus respectivos dependentes, observará estabelecido na tabela de preços, de acordo com a respectiva faixa etária do beneficiário, observados ainda os reajustes anuais aplicado ao contrato.

11.3.2 Os valores das mensalidades serão reajustados conforme cláusulas contratuais previstas no presente instrumento

11.4 Na hipótese de inclusão de beneficiário posteriormente à contratação, a CONTRATADA cobrará o valor de mensalidade previsto na TABELA DE COMERCIALIZAÇÃO vigente à data da inclusão, não havendo distinção, entretanto, entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, respeitadas as respectivas faixas etária.

11.5 Os valores deverão ser pagos até seus respectivos vencimentos e orientações constantes no documento de cobrança.

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

11.7 Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 10 (dez) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA.

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

11.9 O CONTRATANTE responsabiliza-se por todos os valores devidos pelos beneficiários inscritos.

11.10 O não pagamento de qualquer valor relativo à mensalidade acarretará à CONTRATANTE os ônus da inadimplência, tais como possibilidade de suspensão dos atendimentos e ainda a rescisão contratual unilateral por parte da CONTRATADA.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

XII REAJUSTE

12.1 Nos termos da lei, o valor das mensalidades será reajustado ANUALMENTE, a partir da data de aniversário do contrato, mediante livre negociação entre as partes, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

12.2 Caso uma nova legislação autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

12.3 O percentual ou o valor referente ao reajuste será obtido através dos critérios descritos abaixo, CUMULATIVAMENTE:

- Sinistralidade: indica quanto da receita está comprometida com despesas assistenciais. Em termos práticos, a sinistralidade representa o percentual da despesa assistencial em relação à receita de plano, conforme; e
- Financeiro: a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, tendo referência para sua projeção variação do IGPM (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.3.1 As fórmulas para a apuração da sinistralidade são:

Fórmula de reajuste por sinistralidade, onde:

$$R = \frac{S}{IR} - 1$$

R = Reajuste em %;
S = Sinistralidade;
IR = Índice de Referência = 70%.

Fórmula para identificação da sinistralidade, onde:

$$S = \frac{DA}{RR}$$

S = Sinistralidade;
DA = Despesa Assistencial;
RR = Receita Recebida.

12.3.2. A fórmula do reajuste a ser aplicado (RA) é:

Se S ≤ IR ; R=0

RA = ((1+RF) x (1+R)-1) x 100

RF = Reajuste Financeiro

12.4 Para fins de cálculo do reajuste anual, serão levados em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, bem como quaisquer outros fatores que possam afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

12.5 Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- Honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- Diárias e taxas hospitalares;
- Materiais, incluindo órteses e próteses; e,
- Medicamentos.

12.6 Compõem as despesas administrativas:

- Salários; e
- Outras despesas, tais como encargos sociais, tributários, financeiros, comerciais, etc.

12.7 Integrarão as despesas médicas e/ou hospitalares e as despesas administrativas os gastos decorrentes de eventuais procedimentos autorizados por via judicial ou administrativa, ainda que extrapolando os limites contratuais aqui definidos.

12.8 Os reajustes das mensalidades seguindo as fórmulas e critérios acima levarão em consideração o índice de sinistralidade máximo de 70% (setenta por cento), em relação à mensalidade, o reajustamento financeiro e o equilíbrio contratual, podendo ser utilizado, provisoriamente, até a aferição do índice necessário, o índice de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde para os planos individuais, o IGPM ou outro índice que represente a perda do poder aquisitivo e/ou sinistralidade do setor.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

12.9 Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de beneficiários terão os reajustes financeiros anuais na data de aniversário de vigência do presente contrato, unificando-se as datas de inclusão à data base de reajuste do contrato.

12.10 O reajuste financeiro e decorrente da sinistralidade aplicado anualmente ao contrato e aferido na data de aniversário do contrato, considerando-se o período de 12 (doze) meses consecutivos e anteriores ao aniversário do contrato, não se confunde com o reajuste pela mudança de faixa etária do beneficiário.

12.11 Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano, excetuando-se os percentuais de reajuste relativos às mudanças de faixa etária dos beneficiários.

12.12 O percentual de reajuste financeiro anual aplicado ao contrato deverá ser informado à ANS, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, na forma prevista em norma expedida anualmente pela ANS.

Do agrupamento de contratos coletivos.

12.13 Para fins deste contrato considera-se como agrupamento de contratos coletivos: 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.

12.14 Integrarão, obrigatoriamente, o agrupamento de contratos coletivos os planos contratados por pessoas jurídicas que possuam até 49 (quarenta e nove) beneficiários aderentes.

12.14.1. A quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

12.14.1.1. Caso a CONTRATANTE possua mais de um contrato firmado com a CONTRATADA, apenas serão agregados ao agrupamento aqueles que possuírem até 49 (quarenta e nove) beneficiários, inclusive.

12.14.2. A apuração para que o contrato seja agregado ou desagregado ao agrupamento ocorrerá no mês de aniversário do contrato.

12.14.3. Caso no período de apuração da quantidade de beneficiários a CONTRATANTE possua mais de 49 (quarenta e nove) beneficiários será automaticamente retirada do agrupamento e terá o reajuste anual apurado conforme as demais estipulações estabelecidas neste instrumento. Da mesma forma, caso nos períodos de apuração seguintes seja constatado que a CONTRATANTE possua até 49 (quarenta e nove) beneficiários, inclusive, será automaticamente incluída no agrupamento.

12.14.4. Na eventualidade de contrato firmado entre a CONTRATADA e administradora de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a CONTRATADA levará em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

12.14.5. Na eventualidade da CONTRATANTE ser uma administradora de benefícios na condição de prestadora de serviços, para a apuração da quantidade de beneficiários, a CONTRATADA levará em conta os beneficiários vinculados a cada contrato firmado.

12.15. O agrupamento de contratos coletivos de que trata o artigo anterior decorre, originariamente, da publicação da Resolução Normativa nº 309, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 24 de outubro de 2012.

12.16. Independente do número de beneficiários aderentes ao contrato, o valor das mensalidades, coparticipações e serviços adicionais serão reajustados ANUALMENTE, a partir da data de aniversário do contrato, sendo o reajuste obtido através dos critérios descritos abaixo, cumulativamente:

12.16.1. Financeiro: Na periodicidade legal, tendo referência a variação acumulada nos últimos doze meses do IGPM (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período; e

12.16.2. Sinistralidade: Tendo como referência a aplicação das seguintes fórmulas matemáticas abaixo:

Fórmula de reajuste por sinistralidade, onde:

$$R = \frac{S}{IR} - 1$$

R = Reajuste em %;
S = Sinistralidade;
IR = Índice de Referência = 70%.

Fórmula para identificação da sinistralidade, onde:

$$S = \frac{DA}{RR}$$

S = Sinistralidade;
DA = Despesa Assistencial;
RR = Receita Recebida.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

12.16.3. A fórmula do reajuste a ser aplicado (RA) é:

Se S ≤ IR ; R=0

RA = ((1+RF) x (1+R)-1) x 100

RF = Reajuste Financeiro

12.16.4. Em nenhuma hipótese, havendo deflação ou mesmo que o percentual de reajuste obtido através da aplicação das fórmulas acima determine percentual negativo, será promovida redução no valor das mensalidades, coparticipações e serviços adicionais.

12.16.5 Para fins da fórmula acima, os seguintes itens compõem a despesa assistencial, exemplificativamente:

- Consultas;
- Exames de baixa e alta complexidade;
- Terapias;
- Honorários médicos e de outros profissionais da saúde;
- Internações, inclusive quanto a diárias, taxas e aluguéis hospitalares;
- Materiais, incluindo órteses e próteses;
- Medicamentos; e,
- Reembolsos.

12.16.6 Para os contratos que integrarem o agrupamento de contratos coletivos estabelecidos na cláusula 12.14, serão considerados para fins da composição da despesa assistencial, o somatório do dispêndio desta natureza, devidamente elencados na cláusula acima e decorrentes dos atendimentos prestados a todos os beneficiários integrantes do agrupamento. Da mesma forma, será considerado para fins de receita recebida o somatório de todos os pagamentos efetivamente realizados.

12.16.7. O percentual de reajuste anual será único para todos os contratos integrantes do agrupamento, sendo vedada qualquer variação, exceto as decorrentes de mudança de faixa etária, na forma estabelecida contratualmente.

12.16.7.1. O reajuste anual de que trata esta cláusula não se confunde com o reajuste por mudança de faixa etária de cada beneficiário, sendo os mesmos cumulativos entre si.

12.16.8. A CONTRATADA divulgará em seu endereço eletrônico na internet, a partir do primeiro dia útil de maio, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos agregados ao agrupamento em suas datas-bases, no período a maio do ano que

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

estiver em curso a abril do ano subsequente, bem como encaminhará a informação mediante correspondência.

12.16.9. O percentual de reajuste apurado e que incidirá sobre as mensalidades, coparticipações e serviços adicionais não está sujeito a aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

XIII FAIXAS ETÁRIAS

13.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

13.2 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 subsequente ao de seu aniversário.

13.3 Obedecidos os termos do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), os beneficiários com 60 (sessenta) anos ou mais não sofrerão reajuste de suas mensalidades por alteração na faixa etária, razão pela qual a última faixa é 59 (cinquenta e nove) anos.

13.4 De acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Resolução Normativa nº 63/03), o valor fixado para a última faixa etária não pode ultrapassar a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

13.5 As faixas etárias para os fins deste contrato são as seguintes, COM OS RESPECTIVOS PERCENTUAIS DE REAJUSTE PELO ENQUADRAMENTO OU MUDANÇA PARA CADA UMA DELAS, CONFORME ABAIXO:

ITEM FAIXA ETÁRIA	%REAJUSTE
1ª de 00 (zero) até 18 (dezoito) anos	0,00%
2ª de 19 (dezenove) até 23 (vinte e três) anos	23,00%
3ª de 24 (vinte e quatro) até 28 (vinte e oito) anos	18,93%
4ª de 29 (vinte e nove) até 33 (trinta e três) anos	7,24%
5ª de 34 (trinta e quatro) até 38 (trinta e oito) anos	3,74%
6ª de 39 (trinta e nove) até 43 (quarenta e três) anos	16,27%
7ª de 44 (quarenta e quatro) até 48 (quarenta e oito) anos	29,47%
8ª de 49 (quarenta e nove) até 53 (cinquenta e três) anos	31,36%
9ª de 54 (cinquenta e quatro) até 58 (cinquenta e oito) anos	37,66%
10ª de 59 (cinquenta e nove) anos em diante	35,43%

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

13.6 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados, eventualmente também indicados na Proposta de Adesão, e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior.

13.7 O AUMENTO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA NÃO SE CONFUNDE COM O REAJUSTE ANUAL DO CONTRATO.

XIV	BÔNUS - DESCONTOS

14.1 Não há descontos para este produto.

XV	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1 Para a verificação da validade das cláusulas que tratam de carência e doenças e lesões preexistentes deverá ser verificado o número de beneficiários incluídos no presente contrato.

15.1.1 Na hipótese de o contrato possuir 30 (trinta) beneficiários ou mais - entre titulares e dependentes - não haverá a contagem de prazos de carência e nem imposição de cobertura parcial temporária em decorrência de doenças e lesões preexistentes.

15.1.1.2 Na hipótese de o contrato começar com número de beneficiários igual ou superior a 30 (trinta) e depois reduzir a número menor que este patamar, as regras para a contagem de prazos de carência e imposição da cobertura parcial temporária, em decorrência de doenças e lesões preexistentes, passarão a vigorar para as novas inclusões.

15.1.1.3 Na hipótese de o contrato possuir menos de 30 (trinta) beneficiários entre titulares e dependentes - haverá a contagem de prazos de carência e imposição das regras referentes à cobertura parcial temporária, em decorrência de doenças e lesões preexistentes.

15.2. A inscrição do beneficiário deverá ser ocorrer em até 30 (trinta) dias da data da contratação do plano ou da sua vinculação à pessoa jurídica contratante, para efeitos de isenção de carência nos contratos com trinta vidas ou mais.

15.3 DO DEMITIDO

15.3.1 Fica assegurado ao beneficiário titular que contribua para o plano contratado, objeto deste instrumento, em decorrência do vínculo empregatício com o CONTRATANTE, na hipótese de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter a qualidade de beneficiário da CONTRATADA nas mesmas condições de cobertura assistencial que possuía antes da dispensa, desde que assuma o pagamento integral do valor da mensalidade.

15.3.1.1. O gozo do benefício de manutenção do plano pelo prazo determinado está limitado ao pleno cumprimento dos requisitos legais e contratuais pelo beneficiário, sendo de responsabilidade da CONTRATANTE a comprovação do cumprimento dos requisitos, bem como a comprovação de que o beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado foi devidamente cientificado e que optou pela manutenção.

15.3.2 O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência nos planos da CONTRATADA ou planos assumidos por esta, na qualidade de sucessora, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

15.3.3 A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.3.4 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde.

15.3.5 O direito assegurado neste benefício não exclui vantagens obtidas pelo empregado decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.4 A condição de beneficiário, inclusive de seus dependentes, deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, em razão do decurso do prazo do benefício, conforme item 15.3.2, ou em caso de rescisão do contrato pela CONTRATADA ou pela CONTRATANTE.

15.4.1. Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma operadora contratada para disponibilizar plano de saúde aos empregados ativos.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

15.5 Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar. (art. 30 § 6º da Lei 9.656/98).

15.6 DO APOSENTADO

15.6.1 Ao aposentado que contribuir para o plano em decorrência de vínculo empregatício com o CONTRATANTE, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

15.6.2 Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido na cláusula acima, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

15.6.3 A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.6.4 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde.

15.6.5 O direito assegurado neste benefício não exclui vantagens obtidas pelo aposentado decorrentes de negociações coletivas de trabalho. A condição de beneficiário deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

15.6.6 Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar. (art. 30 § 6º da Lei 9.656/98).

15.6.7 O beneficiário titular (demitido ou aposentado) que não participar financeiramente do plano, durante o período em que mantiver vínculo de emprego, não terá direito à manutenção da condição de beneficiário, decorrente dos benefícios acima.

15.6.8 Fica acordado que caberá ao CONTRATANTE a imediata comunicação à CONTRATADA, da relação de empregados, aposentados ou demitidos sem justa causa, juntamente com a data do evento, que manifestarem a vontade de manter a condição de beneficiário, inclusive com o nome dos dependentes a ele vinculados.

15.6.9. O exonerado/demitido ou aposentado poderá optar pela manutenção dos benefícios acima, no prazo máximo de trinta dias, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, acerca da opção pela continuação do benefício assistencial na condição de demitido ou aposentado.

15.6.9.1. A contagem do prazo previsto acima somente se inicia a partir da comunicação inequívoca realizada pela empregadora ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.6.10 Havendo o cancelamento deste contrato, os beneficiários, ativos e inativos, poderão firmar contrato individual em até 30 (trinta) dias da data do cancelamento, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

15.7. O exonerado/demitido sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção dos benefícios acima, no prazo máximo de trinta dias, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, acerca da opção pela continuação do benefício assistencial na condição de demitido ou aposentado.

15.8. A contagem do prazo previsto acima somente se inicia a partir da comunicação inequívoca realizada pela empregadora (CONTRATANTE) ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.9. A exclusão do beneficiário só será aceita pela CONTRATADA mediante as seguintes comprovações pela CONTRATANTE:

a) de que o beneficiário do plano foi comprovadamente comunicado da possibilidade de manutenção do benefício, na condição de inativo, observadas as condições dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98; e
b) do envio dos comprovantes que embasem as informações estabelecidas no item 15.11.

15.11. Para fins de processamento da exclusão acima, a CONTRATANTE deverá ainda informar, comprovadamente, à CONTRATADA:

a) se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
b) se o beneficiário se enquadra na hipótese do artigo 22 da RN/ANS 279 (empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar);
c) se o beneficiário contribuía para o plano;
d) por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o plano;
e) se o ex-empregado optou pela manutenção da condição de beneficiário ou se recusou a manter essa condição.

15.12. Na eventualidade de rescisão deste contrato, os beneficiários, ativos e inativos, poderão firmar contrato em regime de contratação individual/familiar em até 30 (trinta) dias da data do cancelamento sem necessidade de cumprimento dos novos prazos de carência. Caso opte pela contratação em regime individual/familiar o beneficiário aderirá as condições do novo instrumento, tais como, e não limitados a, preço, faixa etária, cobertura, dentre outros.

15.13. Fica assegurado aos dependentes em gozo do benefício de inativos, o direito de manutenção do benefício, em caso de morte do ex-empregado titular, observadas as condições estabelecidas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, inclusive quanto ao prazo de duração do benefício.

15.14. Fica assegurado aos dependentes de empregado aposentado que continuou a trabalhar na mesma empresa e veio a falecer, antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei 9.656/98, o direito de opção de manutenção dos benefícios aos dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho.

XVI CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 Perderá a qualidade de beneficiário o beneficiário que deixar de preencher as condições de admissão descritas neste contrato, tais como: no caso de beneficiário titular, pela extinção do vínculo trabalhista, associativo ou sindical; no caso de beneficiários dependentes, pelo término do vínculo de casamento ou companheirismo com o beneficiário titular e, no caso de filhos, quando atingirem a idade de 24 (vinte e quatro) anos ou deixarem de ter dependência legal ou econômica do beneficiário

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

titular, na forma da legislação do imposto de renda, essa hipótese se aplica, igualmente, para a perda da condição de agregado. No caso dos inativos (aposentados ou demitidos), pela admissão em novo emprego ou pelo término do prazo do benefício, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

16.2. Caberá a CONTRATANTE informar a CONTRATADA a perda da qualidade da elegibilidade do beneficiário e solicitar sua exclusão, sob pena de continuar a arcar com os valores das mensalidades e demais valores previstos no presente instrumento até o cumprimento da obrigação.

16.3 A fim de evitar a rescisão do contrato, a CONTRATADA poderá optar pela exclusão do beneficiário que agir com fraude, comprovada, ou que estiver inadimplente por período superior a trinta dias, operando a exclusão relativamente a todos os seus dependentes, notificando-o por escrito, da perda da qualidade de beneficiário.

16.4 Caberá tão somente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

16.5 É facultado a CONTRATADA excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- fraude; ou
- por perda dos vínculos do titular com a CONTRATANTE, ou de dependência.

16.6 A permanência dos dependentes/agregados ao contrato fica vinculada à manutenção do beneficiário titular no plano.

XVII RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1 As partes podem pôr fim ao presente contrato ou suspender os seus efeitos, seguindo as regras expostas a seguir.

Da suspensão do contrato

17.2 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará,

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

por faculdade da CONTRATADA, independentemente de notificação ou interpelação, na suspensão automática dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito.

17.3 É facultado à CONTRATADA comunicar a CONTRATANTE do risco de suspensão dos atendimentos através de correspondência enviada para seu endereço de cadastro, devendo se diligenciar até a CONTRATADA para regularização da situação, no prazo a ser informado na correspondência, podendo ser utilizado entre as partes, ainda, as formas habituais de comunicação por escrito, tais como correspondência eletrônica (e-mail).

17.4 Uma vez suspensos os atendimentos, se não regularizada a situação financeira do CONTRATANTE, no prazo acima, PODERÁ A CONTRATADA RESCINDIR O CONTRATO UNILATERALMENTE, NOTIFICANDO, POR ESCRITO, O CONTRATANTE DA POSSIBILIDADE DE RESCISÃO CONTRATUAL.

17.5 A CONTRATADA PODERÁ COBRAR OS VALORES DEIXADOS EM ABERTO PELO CONTRATANTE INCLUINDO OS ENCARGOS MORATÓRIOS.

17.6 A suspensão dos atendimentos opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos.

Da rescisão do contrato

17.7 Independentemente de prévia suspensão, poderá ser considerado rescindido este contrato pela CONTRATADA, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato.

17.8 Antes de considerar rescindido o contrato, o CONTRATANTE será comunicado do fato, através de correspondência enviada para seu endereço de cadastro, devendo se diligenciar até a CONTRATADA para regularização da situação, no prazo de 10 dias corridos a contar do recebimento da correspondência, podendo ser utilizado entre as partes, ainda, as formas habituais de comunicação por escrito, tais como correspondência eletrônica (e-mail).

17.9 Decorrido o prazo, o contrato será rescindido e os valores em aberto poderão ser cobrados do CONTRATANTE.

17.10 A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos.

17.11 Rescinde-se também este contrato em relação a beneficiário em específico, e a todo seu grupo de dependentes se o notificado for o titular, notificando-se previamente o CONTRATANTE, no caso de fraude praticada pelo beneficiário na utilização do objeto deste contrato, desde que devidamente comprovada.

17.11.1 O presente contrato poderá ser rescindido também na eventualidade de fraude praticada pela CONTRATANTE, devidamente comprovada e mediante comunicação prévia para que a CONTRATANTE preste esclarecimentos em 5 dias. Nesta eventualidade, a rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos.

Da denúncia do contrato

17.12. O contrato que estiver vigente por período superior a 12 (doze) meses poderá ser denunciado imotivadamente, sem ônus, mediante prévia notificação por escrito da outra parte, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

17.13 Durante o prazo de aviso prévio acima, não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários, permanecendo as obrigações avençadas até o término contratual.

17.14. Caso o CONTRATANTE ou a CONTRATADA denunciem imotivadamente este contrato, em data anterior aos 12 (doze) primeiros meses de vigência a parte inocente poderá cobrar da parte infratora o equivalente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades vincendas, até o máximo equivalente de seis mensalidades no valor vigente, a título de perdas e danos, sem prejuízo das mensalidades vencidas e encargos moratórios. A presente cláusula penal será aplicável também na eventualidade de rescisão motivada por inadimplência da CONTRATANTE nos primeiros 12 (doze) meses de vigência.

XVIII PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

18.1. A CONTRATADA, para execução do serviço objeto do contrato de prestação de serviços de plano de saúde, tem acesso à dados pessoais e dados pessoais sensíveis de beneficiários dos planos de saúde, contratados de forma coletiva e ofertados pela CONTRATANTE a os titulares e dependentes, para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018, LGPD, no âmbito do presente contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, a fim de que a CONTRATADA possa

cumprir com todas as suas obrigações contratuais, legais e regulamentares, e prestar os serviços pelos quais foi contratada, tais como:

a) Identificação correta da pessoa, essencial para prestar seus serviços sem equívocos;
b) Envio de informações para órgãos governamentais, em cumprimento à legislação e a regulamentação à qual a Unimed Leste Fluminense está obrigada;
c) Correta autorização e prestação e dos serviços em saúde para qual foi contratada;

18.2. A CONTRATANTE tem conhecimento de que os dados pessoais de beneficiários do plano de saúde e de seus dependentes, especialmente crianças e adolescentes, serão tratados para cumprimento do objeto deste contrato, para prestação de serviços de assistência à saúde, podendo tais informações serem compartilhadas para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, exclusivamente para cumprimento deste contrato e proteção da incolumidade física da criança ou adolescente.

18.3. A UNIMED LESTE FLUMINENSE coleta e trata os dados elencados neste documento, com a finalidade específica e determinada, conforme art. 6º, inciso I, da Lei nº 13.709/2018, de cumprir o contrato formalizado entre as partes, bem como de cumprir obrigações legais e regulamentares decorrentes de sua atividade de plano de saúde.

- Informa que para tanto serão coletados os seguintes dados pessoais descritos na Cláusula Sexta bem como outros dados pessoais que se faça necessário o tratamento visando o atendimento médico ou de saúde ao beneficiário em situações específicas ou em casos, cuja peculiaridade do procedimento médico requeira tal coleta, de modo que o beneficiário será comunicado de tal tratamento.

18.4. É vedado à UNIMED LESTE FLUMINENSE utilizar todo e qualquer dado repassado pelo CONTRATANTE e/ou pelos BENEFICIÁRIOS no momento da inclusão dos beneficiários no plano de saúde e durante a sua vigência para finalidade distinta da contratada, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

18.5. A UNIMED LESTE FLUMINENSE se compromete a manter o sigilo e a confidencialidade de todas as informações – em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis - repassados pela CONTRATANTE e/ou pelos BENEFICIÁRIOS, em consonância com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, LGPD - Lei n. 13.709/2018, sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

para viabilizar o cumprimento do contrato ou atendendo a requisição judicial nos estritos limites de seu conteúdo.

18.6. A UNIMED LESTE FLUMINENSE adotará técnicas e padrões razoáveis e disponíveis na ocasião do tratamento para guarda segura dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, repassados pelo CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIOS, em consonância com o disposto no art. 46 da LGPD.

18.7. Nos termos do art. 18 da LGPD, o titular dos dados pessoais tem direito a obter da parte contratante, a qualquer tempo e, mediante requisição simplificada, a confirmação da existência de tratamento; o acesso aos dados; a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; a anonimização no que for possível, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na lei; a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da LGPD; a informação das entidades públicas e privadas com as quais a controladora realizou uso compartilhado de dados; a informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; e a revogação do consentimento, nos termos do art. 8º, § 5º, da LGPD.

18.8. Ao firmar o presente termo, a CONTRATANTE está ciente que a UNIMED LESTE FLUMINENSE realiza o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos beneficiários titulares e dependentes inscritos, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

18.9. Conforme as Cláusulas Primeira e Segunda, a UNIMED LESTE FLUMINENSE terá acesso aos dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos beneficiários titulares e respectivos dependentes incluídos pela CONTRATANTE abaixo elencados.

- Dados pessoais tratados para fins de cadastro e correta identificação da pessoa, em cumprimento às obrigações contratuais e regulamentares. Comunicação de beneficiário à ANS, conforme art. 7º, incisos II e V.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

- Nome completo;
- Nome completo da mãe;
- Data de nascimento;
- Nacionalidade;
- Naturalidade;
- Estado Civil;
- Sexo;
- Peso e Altura;
- Número e fotocópia de documento de identificação;
- Número e fotocópia do CPF (Cadastro de Pessoas Físicas);
- Certidão de Nascimento para menores de 18 anos;
- Certidão de Casamento ou Certidão de União Estável para cônjuge/convivente;
- Endereço completo;
- Principal atividade desenvolvida;
- Números de telefone;
- E-mail;
- Nome social;
- Número e imagem da Carteirinha do Beneficiário Associado;
- Dados financeiros, como número de conta e agência;
- Termo de adoção e guarda para filhos adotivos de qualquer idade;
- Termo de tutela, curatela ou de guarda judicial para menores de 18 anos que por força judicial estejam sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- Registro do empregado ou carteira de trabalho para comprovação do vínculo empregatício com o CNPJ, para os casos de contratação coletiva empresarial;
- Documento que comprove vínculo profissional, classista ou setorial com as Entidades Contratantes, para os casos de contratação coletiva por adesão;
- Rescisão do contrato de trabalho e carta de concessão de aposentadoria no caso de desligamento do funcionário por demissão ou aposentadoria, para os casos de contratação coletiva empresarial;

- Dados pessoais sensíveis, tratados com fundamento no art. 11 da LGPD, conforme os incisos abaixo especificados:

- Dados de Saúde - Exames, formulários, dados genéticos, procedimentos realizados, informações referentes à saúde contidos em declarações, pedidos, receitas, prescrições e prontuários médicos dos serviços realizados, dados de saúde previamente ao ingresso do beneficiário ao contrato (declaração de saúde) e dentro da cobertura contratual, durante consultas, internações, procedimentos, etc., para a prestação dos serviços essenciais da Controladora com vistas a prestação de serviços de saúde em geral, incluindo as atividades meio como cadastro, auditoria, autorização, faturamento, cobrança, etc..., seja os serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapia em si, através de sua rede própria, referenciada, credenciada e cooperada, direta ou indireta, quando necessário ocorrer através de outra cooperativa singular do

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

sistema Unimed e sua rede, conforme art. 11, inciso II, alíneas “a”, “d”, “e”, e “f” da LGPD.

- Biometria e/ou outros dados de segurança que possam ser implementados no futuro, como, por exemplo, mas não limitado, reconhecimento facial, etc. para autenticar o usuário do plano de saúde quando da utilização em consultas, exames e procedimentos conforme art. 11, inciso II, alínea “c” da LGPD, no sentido de identificar a pessoa e prevenir fraudes.

- Voz - Em atendimento ao decreto nº 6.523 de 31 de julho de 2018, Art. 15 § 3º em gravações telefônicas referentes a contatos realizados com os canais de atendimento da Unimed Leste Fluminense.

18.10. Os dados pessoais dos beneficiários e respectivos dependentes incluídos pela CONTRATANTE são cadastrados nos sistemas utilizados pela UNIMED LESTE FLUMINENSE, para gerenciamento do contrato e dos serviços de saúde prestados, sendo que as empresas que administram os softwares poderão ter acesso aos dados. Ainda, os dados pessoais e pessoais sensíveis dos beneficiários e respectivos dependentes incluídos pela CONTRATANTE e seus dependentes poderão ser compartilhados com**:**

I - Agência Nacional de Saúde, ANS, para envio de relatório em cumprimento de obrigação legal.
II - Receita Federal e o Instituto Nacional de Previdência Social – INSS, para cumprimento de obrigações previstas em lei.
III - Médicos cooperados ou contratados, Clínicas e Hospitais credenciados, referenciados, próprios ou cooperados, com extratos de serviços e operações financeiras.
IV - Prestadores de serviços jurídicos para acompanhamento das demandas judiciais em que a UNIMED LESTE FLUMINENSE seja parte/interessado.
V - Prestadores de serviços de auditoria médica para análise de laudos, procedimentos e perícias médicas.
VII - Unimed Central RS para emissão, controle, gerenciamento e manutenção de prontuários dos beneficiários do Programa Viver Bem assim como para o gerenciamento eletrônico de documentos fornecidos pelas empresas contratantes.
VIII - Prestador de serviço de sistema de telessaúde e teleradiologia para realização de serviços de saúde, bem como análise e emissão de laudos integrados aos resultados dos exames via web.

IX - Fornecedores de OPME e medicamentos para a compra de materiais e medicamentos pertinentes ao tratamento do beneficiário, observada a cobertura contratual.
X - Vigilância Epidemiológica para notificação ao órgão sobre doenças compulsórias.
XI - Prestadores de serviço de recuperação de crédito para cobrança e proteção ao crédito nos casos de inadimplência.
XII - Prestadores de serviço de impressão de documentos para emissão dos boletos de pagamento do plano, emissão de cartões magnéticos do plano e outras comunicações destinadas ao beneficiário.
XIII - Prestador de serviço médico odontológico nos casos em que o beneficiário for usuário do plano de assistência odontológica.
XIX - Prestador de serviço médico de resgate SOS – para prestação de serviços de resgate de ambulância.
X - Para outras singulares do Sistema Unimed, Federações e Confederação para os casos de necessidade de atendimentos realizados fora da atuação da UNIMED LESTE FLUMINENSE denominado "intercâmbio".
XI - Redes de farmácias parceiras para oferecer ao beneficiário do plano descontos na compra de produtos.
XII - Poder Judiciário, Ministério Público Estadual ou Federal, Ministério da Saúde, Delegacia de Polícia, Conselhos Tutelares e do Idoso e Poder Judiciário para o cumprimento de obrigação legal ou atendimento a determinação judicial.
XIII - Bancos e instituições financeiras para recebimento do pagamento dos títulos.
XIX - Consultorias atuariais contratadas pela Unimed ou pela própria contratante para realizar o cálculo de reajuste, cotação e readequação de produtos.

18.11. A UNIMED LESTE FLUMINENSE fica obrigada a comunicar a CONTRATANTE, em até 48h (quarenta e oito horas), qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, bem como adotar as providências dispostas no art. 48 da LGPD, com a comunicação ao titular de dados e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados, ANPD.

18.12. A UNIMED LESTE FLUMINENSE realizará o tratamento de dados pessoais enquanto perdurar a vigência do presente contrato prestação de serviços,

comprometendo-se a excluir os dados pessoais aos quais tem acesso, ao término do contrato, salvo nos casos de necessidade de guarda das informações, para cumprimento de obrigações legais ou regulatórias.

18.13. A CONTRATANTE ou os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE poderão solicitar à UNIMED LESTE FLUMINENSE, a qualquer momento, que informe quais os tratamentos realizados e que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados, desde que estes não sejam utilizados para cumprimento das obrigações contratuais, legais e regulatórias por parte da CONTRATADA, por meio de requisição ao Encarregado de Proteção de Dados, no contato disponibilizado em detalhes no site da CONTRATADA.

18.14. Em casos de impossibilidade de atendimento da solicitação, o Encarregado de Proteção de Dados informará ao titular, com fundamentação dos motivos.

18.15. A exclusão não ocorrerá caso os dados pessoais em questão sejam necessários para: cumprimento do contrato, para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral, auditoria e/ou solicitações de órgãos governamentais. Nesses casos, o Titular será informado através de decisão fundamentada.

18.16. A CONTRATANTE fica obrigada a comunicar aos seus dependentes a serem inscritos no plano de saúde das condições aqui estabelecidas para o seu tratamento de dados pessoais.

XIV	DISPOSIÇOES GERAIS

19.1 São partes integrantes deste CONTRATO:

- A Proposta de Adesão;
- A Declaração das Condições Gerais de Saúde;
- O Termo de Cobertura Parcial Temporária :
- Os recibos de cobrança;
- Tabela de reembolso;
- Guia do beneficiário;
- Guia de leitura contratual.

19.2 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo extra-contratual e por ela não autorizado, ajustado particularmente pelo CONTRATANTE ou qualquer beneficiário com os prestadores integrantes de sua rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas, ou quaisquer outras entidades.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

19.3 Tais despesas, extra-contratuais, correm por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO e seu pagamento deverá ser realizado diretamente pelo BENEFICIÁRIO ao prestador do atendimento.

19.4 A diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, atrelada à opção por acomodação hospitalar superior ao padrão contratado caberá ao BENEFICIÁRIO, conforme negociação direta com os prestadores, do atendimento, não sendo devido o reembolso.

19.5 A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: durante o cumprimento de carência; após o término da relação contratual; não autorizados; realizados com fraude; etc.

19.6 Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças nos termos da Lei, têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

19.7 Apenas para fins de atendimento da legislação setorial ou execução e fiscalização dos serviços, os beneficiários inscritos autorizam expressamente que médicos, clínicas e hospitais, forneçam as informações de que a CONTRATADA necessitar sobre suas informações médicas e de saúde, desde que o receptor das informações seja profissional de saúde devidamente habilitado, e resguardado o sigilo das informações.

19.8 Fica desde já AUTORIZADA a utilização da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão, ou o fornecimento de relatórios médicos detalhados, para fins de prestar as informações necessárias aos órgãos reguladores.

19.9 O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

19.10 Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

19.11 O CONTRATANTE, por seus beneficiários titulares e por seus dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, quando solicitadas expressamente pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, resguardado o sigilo da fonte.

19.12 Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

19.13 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes, observados os termos da lei.

19.14 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data da sua assinatura. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui é avençado, sujeitará a adequação necessária ao equilíbrio econômico e financeiro que será apontado através de estudo atuarial, inclusive com reflexos na contraprestação.

19.15 EVENTUAL ALTERAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS COMO PARÂMETRO DE COBERTURA PARA OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ALTERA IMEDIATAMENTE A COBERTURA ASSEGURADA PELO PRESENTE CONTRATO, SEJA QUANTO A EVENTUAL AUMENTO OU REDUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.

19.16 Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

- ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto habitual de casa para o trabalho ou do trabalho para casa, tal qual definido em legislação própria e por regras do Ministério do Trabalho.

- 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.

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: é a autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada e regulada pela Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

- AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, cujo oferecimento é facultativo à Operadora, como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

- ÁREA DE ABRANGÊNCIA: é o limite territorial onde serão prestados os serviços, conforme rede CREDENCIADA formada por prestadores próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de rede indireta.

- ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ou ASSISTÊNCIA 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, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a segmentação ambulatorial.

- ATENDIMENTO HOSPITALAR (ou ASSISTÊNCIA HOSPITALAR): é aquele prestado em ambiente hospitalar decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, demandem a utilização de estrutura hospitalar e/ou a internação do beneficiário, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a segmentação hospitalar e obstétrica.

- BENEFICIÁRIO: é a pessoa natural que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, dependente ou agregado ao contrato, conforme contratado.

- CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico especial com base em análise de informações sobre a freqüência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do instrumento, durante o qual o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas.

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

- CID: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este instrumento são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

- CIRURGIAS ESTÉTICAS: é a cirurgia plástica de natureza não reparadora, realizada, com qualquer outra finalidade que não a restauração de funções em órgãos, membros e regiões e que não estejam causando problemas funcionais ao beneficiário.

- CIRURGIAS REPARADORAS: é a cirurgia realizada, exclusivamente, objetivando a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas e que estejam causando problemas funcionais ao beneficiário. Também se

considera como cirurgia reparadora, a cirurgia para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

- COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento, exclusivamente nos planos coparticipativos.

- COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade e internação em unidades de leitos de alta tecnologia (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), relacionados à doença ou lesão preexistente.

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

- CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: é o somatório das obrigações financeiras devidas pelo Contratante à Contratada, tais como, valores de mensalidade, de COPARTICIPAÇÃO, se houver, correção monetária, juros, multa, despesas de cobranças bancárias e encargos assumidos, nos termos do contrato.

- CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, nos termos do artigo 5º da Resolução Normativa nº 195/2009/ANS.

- CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO: entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para a massa delimitada de beneficiários, nos termos do artigo 9º da Resolução Normativa nº 195/2009/ANS, tem adesão apenas espontânea e opcional de beneficiários.

- CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL OU FAMILIAR: entende-se como plano de contratação ou seguro de assistência à saúde de contratação individual, aquele oferecido para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem grupo familiar,

nos termos do artigo 3º da Resolução Normativa nº 195/2009/ANS. Fica caracterizado como familiar, quando facultada ao beneficiário a inclusão do seu grupo familiar ou dependente.

- CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem na forma da Lei.

- CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através das tabelas pagas aos cooperados e serviços credenciados.

- DESPESAS ASSISTENCIAIS: São as despesas decorrentes de patologias de cobertura obrigatória, listadas no Rol de Procedimentos, que são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

- DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ou DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE): é o registro de informações prestadas pelo CONTRATANTE sobre as doenças ou lesões que o mesmo seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes de seu contrato, feito em formulário elaborado pela CONTRATADA;
- DOCUMENTO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) sendo também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

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

- 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 conseqüências, do qual o beneficiário (ou seu responsável) tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

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

- ENTIDADE ANUENTE São as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial representada pelos conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas

disposições da RN/ANS 195/2009 e suas posteriores atualizações, bem como as 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 e que contratarem a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão e ingressarem no contrato coletivo por adesão, através do Termo de Inclusão de Entidade.

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

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

- EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS OU DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação hospitalar e/ou procedimentos de alta complexidade, por isso denominados especiais. Quando constarem em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionados como PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, vinculados à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa por até 24 meses. São exemplos de procedimentos especiais e/ou de alta complexidade:

    - Angiografia;
    - Arteriografia;
    - Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e Mapeamento cerebral;
    - Ultrassonografia;
    - Tomografia computadorizada;
    - Ressonância nuclear magnética;
    - Medicina nuclear;
    - Densitometria óssea;
    - Laparoscopia diagnóstica;
    - Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;
    - Eletrocardiografia dinâmica (holter);
    - Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
    - Litotripsia;
    - Radiologia com contraste e intervencionista;
    - Cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada;
    - Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;
    - Endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial;
    - Eletromiografia;
    - Eletroneuromiografia;
    - Quimioterapia;
    - Radioterapia.

- EXAMES e PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS da SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação obstétrica, por isso denominados específicos:

    - eletrocardiograma fetal;
    - transfusão fetal intra-uterina;
    - rotina do líquido amniótico amniograma (citológico espectrofotometria, creatinina e teste de clements);
    - alfa-feto-proteína;
    - espectrofotometria;
    - fosfolipídios (relação lecitina/esfingomielina);
    - amniocentese;
    - ultra-sonografia obstétrica (qualquer tipo);
    - biópsia do vilo corial;
    - perfil biofísico do feto;
    - tococardiografia intraparto;
    - cerclagem do colo uterino;
    - curetagem pós aborto; e
    - dopplerfluxometria.

- GUIA MÉDICO (ou GUIA MÉDICOS DE SERVIÇOS): é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora que pode ser obtida, atualizadamente, no portal corporativo da CONTRATADA.

- HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros. Correspondem aos hospitais que utilizam tabelas diferentes das praticadas pela CONTRATADA e demais cooperativas do Sistema Nacional Unimed, para remuneração dos serviços médicos e hospitalares e não integram a rede básica hospitalar da CONTRATADA.

- HOSPITAL DIA: é o termo utilizado dentro da rede hospitalar conveniada à UNIMED, para expressar que a internação se fará com permanência em período diurno (até 12 horas), sem pernoite. Comumente também são empregados os termos "Day Clinic" ou "Day Hospital" para expressar a internação de curta duração em período diurno, respeitada a cobertura contratada;

- INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

- INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o ingresso do BENEFICIÁRIO em um dos hospitais da rede credenciada, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento de complexidade maior que os atendimentos prestados ambulatorialmente.

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

- MENSALIDADE: é o valor pecuniário relativo a cada BENEFICIÁRIO, a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato.
- OBESIDADE MÓRBIDA: Conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde ocorre quando o índice de massa corporal (IMC) for igual ou maior que 40.

- OBESIDADE MÓRBIDA (ÍNDICE) = o índice é definido pela relação entre o peso do beneficiário em kg dividido pela altura, em metros, elevado ao quadrado.

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

- PARTO A TERMO: é o parto de evolução e tempo de gestação normal (de 37 a 41 semanas e 06 dias).

- PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

- PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

- PLANO REFERÊNCIA: plano de saúde instituído pelo artigo décimo da lei nº 9.656/98 (publicada no DOU de 04.06.98), de oferecimento obrigatório por parte das operadoras de planos de saúde, que engloba atendimentos nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, em enfermaria, com condições especiais para os atendimentos de urgência e emergência.

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

- PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): São aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, atualizada periodicamente, 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 24 (vinte e quatro) meses.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - Nº 34.373-1

- PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela CONTRATADA.

- PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento validado pela CONTRATADA e preenchido seguindo informações passadas pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato e confirma a intenção do CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO de aderir ao presente contrato.

- PRÓTESES: peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

- RECURSOS PRÓPRIOS ou REDE PRÓPRIA:

  a) hospitalar:todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA;

  b) médica: constituída por profissional cooperado da CONTRATADA.

- 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 referência).

- SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, interligadas através de Manual de Intercâmbio, para a prestação de serviços aos BENEFICIÁRIOS, sendo que as UNIMED's são independentes entre si, não havendo qualquer vinculação ou subordinação entre as mesmas.

- TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos): é uma lista de procedimentos editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com a finalidade única de viabilizar o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

- URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, conforme conceito legal trazido pela Lei nº 9.656/98.

XX	ELEIÇÃO DE FORO

20.1 As partes elegem o foro da Comarca de Niterói - RJ como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

20.2 E, por estarem assim, justos e contratados assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

ÍNDICE

A	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	
B	QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	
C	NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	
D	TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	
E	TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	
F	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	
G	ÀREA DE ATUAÇÃO DO PLANO	
H	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	
I	FORMAÇÃO DO PREÇO	
J	SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	
I	ATRIBUTOS DO CONTRATO	
II	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	
III	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	
IV	EXCLUSÕES DE COBERTURA	
V	DURAÇAO DO CONTRATO	
VI	PERÍODOS DE CARÊNCIA	
VII	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	
VIII	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
IX	ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	
X	MECANISMO DE REGULAÇÃO	
XI	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	
XII	REAJUSTE	
XIII	FAIXAS ETÁRIAS	
XIV	BÔNUS - DESCONTOS	
XV	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	
XVI	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	
XVII	RESCISÃO / SUSPENSÃO	
XVIII	PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	
XIX	DISPOSIÇÕES GERAIS	
XX	ELEIÇÃO DE FORO	