PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Unimed João Pessoa

ANS - nº 32104-4

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

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

CNPJ nº: **08.680.639/0001-77**

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

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

Endereço: **RUA MARECHAL DEODORO DA FONSECA**

CEP: 58.040-910 – JOÃO PESSOA - PB

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

Nome de Fantasia: **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB**

CNPJ: **24.098.477/0001-10**

Endereço: **LOC. CAMPUS I JOÃO PESSOA** – BAIRRO: **CID. UNIVERSITÁRIA**

CEP: **58.051-900** Município: **JOÃO PESSOA** ESTADO: **PB** Fone: **(83) 99868-4000 / 3216-7113**

E-mail: **reitz@progep.ufpb.br**

Nome comercial do plano: UNICIDADE PLUS I COLETIVO EMPRESARIAL

Nº do registro do plano na ANS: 418.894/99-2

Tipo de contratação: COLETIVO EMPRESARIAL

Segmentação assistencial do plano de saúde: AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: GRUPO DE MUNICÍPIOS

Área de atuação do plano de saúde: REGIÃO 5

Padrão de Acomodação em internação: ENFERMARIA (COLETIVA)

Formação de Preço: PRÉ-ESTABELECIDO

Fator moderador: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

DECLARAÇÃO

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

João Pessoa, 18 de Março de 2016.

Assinatura do Contratante

DECLARAÇÃO

Declaro que, dentre as categorias de plano oferecidas, inclusive o **PLANO REFERÊNCIA (SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – 462.239/10-1)**, indicamos a nossa opção pelo presente produto: **UNICIDADE PLUS I COLETIVO EMPRESARIAL.**

João Pessoa, 18 de março de 2016

Assinatura do Contratante

ÍNDICE

Cláusula 01.	Atributos do Contrato
Cláusula 02.	Condições de Admissão
Cláusula 03.	Cobertura e Procedimentos Garantidos
Cláusula 04.	Exclusões de Cobertura
Cláusula 05	Duração do Contrato
Cláusula 06.	Períodos de Carência
Cláusula 07.	Doenças e Lesões Preexistentes
Cláusula 08.	Atendimento de Urgência e Emergência
Cláusula 09.	Mecanismos de Regulação
Cláusula 10.	Formação do Preço e Mensalidade
Cláusula 11.	Reajuste
Cláusula 12.	Faixas Etárias
Cláusula 13.	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário
Cláusula 14.	Rescisão / Suspensão
Cláusula 15.	Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos
Cláusula 16.	Disposições Gerais
Cláusula 17.	Eleição de Foro
Anexo I.	Estabelecimentos de saúde de tabela própria excluídos do contrato
Anexo II.	Glossário
Anexo III.	Manual para contratação de planos de saúde
Anexo VI	Guia de Leitura Contratual

CLÁUSULA 01
ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 A **CONTRATADA**, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, aos beneficiários vinculados à **CONTRATANTE** e a seus **DEPENDENTES**, como tais incluídos no plano, através de comprovação de tal vínculo, **desde que atendidas os requisitos constantes do item 2.3 da Cláusula 2 deste instrumento** e **mediante requerimento formal de inclusão emitido pela CONTRATANTE**, assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações, inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção de doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como os termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

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

1.3 Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência da UNIMED JOÃO PESSOA (PLANO LOCAL), abrangendo os municípios de João Pessoa, Bayeux, Cabedelo, Santa Rita, Sapé, Mari, Cruz do Espírito Santo, Mamanguape, Rio Tinto, Itabaiana, Conde, Pitimbú, Pilar, Alhandra, Caaporã, Lucena, Guarabira, Alagoa Grande, Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Cacimba de Dentro, Caiçara, Cuitegí, Dona Inêz, Duas Estradas, Itapororoca, Lagoa de Dentro, Mulumgú, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Serra da Raiz, Serraria, Solânea e Tacima, observando a rede prestadora de serviços constantes do Guia Médico, disponível no endereço eletrônico www.unimedjp.com.br.

1.4 A CONTRATANTE deverá manter o número mínimo de 05 (cinco) BENEFICIÁRIOS, considerando o contingente total de BENEFICIÁRIOS mediante o somatório em todos os contratos mantidos com a UNIMED JOÃO PESSOA.

CLÁUSULA 02
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 São considerados como **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus **DEPENDENTES**, indicados na Proposta de Admissão, em conformidade com as condições abaixo.

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

2.2 O presente contrato oferece cobertura assistencial às pessoas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30[1] e 31[2] da Lei 9.656/1998; agentes políticos, trabalhadores

[1] Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos que tratam o inciso I e §1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
§2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
§3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegura aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.
§4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
§5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

[2] Art. 31. Ao aposentado que contribuir para os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, 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.
§1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput 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.

temporários, estagiários e menores aprendizes (artigo 5º da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

2.2.1 As solicitações de inclusão de beneficiários neste contrato serão feitas exclusivamente pela pessoa jurídica **CONTRATANTE**, que se responsabiliza pela veracidade das informações, especialmente no que tange ao preenchimento por parte do **BENEFICIÁRIO TITULAR** do critério de elegibilidade previsto no item 2.2 deste contrato.

2.2.1.1 As novas inclusões e/ou exclusões de BENEFICIÁRIOS serão solicitadas exclusivamente pela CONTRATANTE, em formulário próprio, e entregue até o dia **12 (doze)** de cada mês na UNIMED, tendo os usuários inscritos direito aos serviços contratados a partir do primeiro dia útil do mês subsequente, observados os prazos de carências / preexistência previstos neste Contrato.

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

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

a) Cônjuge;
b) Companheiro(a) que comprove união estável com o titular;
c) Filhos e enteados, ambos com até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
d) Filhos inválidos solteiros, independentemente da idade, desde que se encontrem por curatela do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e enquanto perdurar a curatela;
e) Menores de 18 anos tutelados e/ou com guarda provisória do titular.

2.3.1 A adesão do grupo familiar previsto no item acima dependerá da participação do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no contrato de plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, §2º, da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS 200/2009).

---

§2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo anterior.

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

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

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

EM RELAÇÃO À CARÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

EM RELAÇÃO À PREEXISTÊNCIA

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

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

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

EM RELAÇÃO À CARÊNCIA

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

2.4.9 O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** pai.

EM RELAÇÃO À PREEXISTÊNCIA

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

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

CLÁUSULA 03
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

COBERTURAS ASSISTENCIAIS CONTRATADAS

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

3.1.1 A cobertura prevista neste contrato é exatamente a prevista na RN/ANS nº 387/2015.

3.1.2 AS ÁREAS DE ATUAÇÃO ESTABELECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NÃO SÃO CONSIDERADAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

3.2 Os eventos e procedimentos relacionados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura obrigatória, **caso haja indicação clínica, desde que realizada na rede credenciada da CONTRATADA** (RN/ANS nº 387/2015, art. 7º).

3.2.1 Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos neste contrato (previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**), assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, **caso haja indicação clínica**, e **desde que realizada na rede credenciada da CONTRATADA** (RN/ANS nº 387/2015, art. 7º, parágrafo único).

3.3 Está garantida, ainda, conforme art. 15 da Resolução Normativa – RN/ANS 387/2015, a cobertura dos procedimentos listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.3.1 Para fins de cobertura obrigatória pela **CONTRATADA**, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999 (RN/ANS nº 387/2015, art. 15, § 1º).

3.3.2 **EXCLUI-SE DA COBERTURA DESTE CONTRATO, A REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS**(RN/ANS nº 387/2015, art. 15, §2º).

3.4 O atendimento previsto neste contrato, está assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, **A REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CONTRATADA, CREDENCIADA OU REFERENCIADA** da **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato (Art. 12 da RN/ANS nº 387/2015, art. 13).

3.5 Está garantida a cobertura das ações de planejamento familiar de que trata o inciso III, do artigo 35-C, da Lei nº 9.656, de 1998, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, observando-se as seguintes definições: (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º).

I - **planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º, I);

II - **concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º, II);

III - **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º, III);

IV- **atividades educacionais**: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º, IV);

V - **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º, V); e

VI - **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção (RN/ANS nº 387/2015, art. 8º, VI).

3.6 Os procedimentos e eventos cobertos neste contrato e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento entre a **CONTRATADA** e prestadores de serviço de saúde (RN/ANS nº 387/2015, art. 5º).

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

os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista (RN/ANS nº 387/2015, art. 5º, §1º).

3.6.2 Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010 (RN/ANS nº 387/2015, art. 5º, §2º).

3.7 Os procedimentos e eventos em saúde previstos e cobertos por este contrato que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada (RN/ANS nº 387/2015, art. 16).

3.8 Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução dos procedimentos e eventos em saúde previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** possuem cobertura obrigatório, **desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA** e respeitados os critérios de credenciamento entre a **CONTRATADA** e os prestadores de serviços (RN/ANS nº 387/2015, art. 17).

3.9 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritonial, a **CONTRATADA** assegurará a continuidade do tratamento conforme a prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas a segmentação contratual, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 387/2015, art. 18).

3.9.1 A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011 (RN/ANS nº 387/2015, art. 18, §1º).

3.9.2 O procedimento "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamento antineoplásicos" é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e

terapia antineoplásica oral para o tratamento de câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento. (RN/ANS nº 387/2015, art. 18, §2º).

3.10 É assegurada a cobertura para medicamentos registrados / regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de acordo com a segmentação contratada (RN/ANS nº 387/2015, art. 19).

3.11 Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º).

3.11.1 Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas a segmentação contratual, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º, §4º).

COBERTURA AMBULATORIAL

3.12 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam da internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências: (RN/ANS nº 387/2015, art. 21º).

a) A cobertura de **CONSULTAS MÉDICAS COM MÉDICOS COOPERADOS**, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, I).

b) A cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar,

desde que não se caracterize como internação (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, II) e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/25007), **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento**. (RN/ANS nº 338/2013) e **preencham os requisitos previstos nas diretrizes de utilização, se houver**.

c) A cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **de acordo com o número mínimo de sessões (limites) estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, III).

d) A cobertura de psicoterapia **de acordo com o número mínimo de sessões (limites) estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** e **diretriz de utilização, se houver**, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por **médico devidamente habilitado** (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, IV).

e) A cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** vigente à época do evento, observadas as **diretrizes de utilização, se houver** em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, V).

f) A cobertura das ações de planejamento familiar, previstas no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, para segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, VI).

g) A cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema e cláusula 08 deste contrato (RN/ANS nº 387/2015, art. 21,VII).

h) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos

oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, VIII).

i) A cobertura de hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, IX).

j) A cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde **DENTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CREDENCIADO** (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, IX).

k) A cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na RN/ANS nº 338/2013, respeitando as seguintes características:** (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, XI).

1. **Medicamento genérico**: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia a proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
2. **Medicamento fracionado**: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

l) A cobertura de procedimentos de radioterapia **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, para a segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 387/2015, art. 21, XII).

m) A cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento **ambulatorial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (**RN/ANS nº 387/2015, art. 21, XIII).

n) A cobertura de hemoterapia **ambulatorial (**RN/ANS nº 387/2015, art. 21, XIV).

o) A cobertura de **cirurgias oftalmológicas** ambulatoriais previstas no **Rol** de Procedimentos e Eventos **em Saúde da ANS (**RN/ANS nº 387/2015, art. 21, XV).

COBERTURA HOSPITALAR

3.13 A **CONTRATADA** garante aos **BENEFICIÁRIOS, DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS,** os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, definidos listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento (RN/ANS nº 387/2015, art. 22).**

a) A cobertura, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, em número ilimitado de dias, em todas as modalidades de internação hospitalar, no padrão de acomodação especificada neste contrato (**ENFERMARIA**). (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, I).

i. Aos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** será assegurado, nos casos de internação, o padrão de acomodação especificado neste contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares (**ENFERMARIA), observado o disposto na RN/ANS nº 286/2012.**

ii. Inexistindo vaga[3] na acomodação contratada (**ENFERMARIA),** o ônus adicional da internação do mesmo em acomodação superior, conforme determina o artigo 33 da Lei nº 9.656/98, será da **CONTRATADA**.

iii. Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada (**ENFERMARIA)** em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado (rede credenciada), poderá a **CONTRATADA** remover o **BENEFICIÁRIO**, arcando com o ônus desta remoção, considerando as condições clínicas do paciente e desde que autorizado pelo médico assistente.

iv. No caso acima, optando o **BENEFICIÁRIO** em permanecer no **HOSPITAL**, **será de sua responsabilidade o pagamento das complementações de preços de diárias e dos honorários médicos**, que deverão ser ajustados de comum acordo entre o **BENEFICIÁRIO**, os médicos, e o **HOSPITAL**, não havendo interferência ou responsabilidade da **CONTRATADA**.

v. Excetuando-se os casos acima descritos, e havendo vaga na acomodação contratada, o **BENEFICIÁRIO** da **CONTRATADA** que optar por acomodação superior diferente da prevista no plano contratado, **(enfermaria para apartamento), ficará responsável pelo pagamento das complementações de preços de diárias e dos honorários médicos, no valor da diferença de acomodação.**

b) Cobertura integral de internações psiquiátricas.[4]

i. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos por este contrato (RN/ANS nº 387/2015, art. 11, parágrafo único).

c) A cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao

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

[4] A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, III).

d) A cobertura de **TRANSPLANTES DE RINS, CÓRNEA E TRANSPLANTES AUTÓLOGOS E ALOGÊNICOS DE MEDULA ÓSSEA, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** (artigo 2º da Resolução CONSU nº 12/1998), **observadas as diretrizes de utilização se houver**, e dos procedimentos a ele vinculados, incluindo (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, IV).

   i. **as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do BENEFICIÁRIO receptor (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, IV, a).**
   ii. Os medicamentos utilizados durante a internação (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, IV, b).
   iii. O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, IV, c).
   iv. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, IV, d).

e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação vigente (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º).

   i. Na saúde suplementar, os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º, §1º).

ii. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º, §2º).

iii. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º, §3º):

1. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
2. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

f) Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN/ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 387/2015, art. 9º, §4º).

g) A cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, V), obedecidos os seguintes critérios:

i. Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

ii. Que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela RN/ANS nº 387/2015, respeitando-se a segmentação contratada.

h) A cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e observadas as diretrizes de utilização, se houver (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, VI), observando, ainda, o seguinte:

i. **Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses,**

das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, §1º, I).

ii. **O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas** (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, §1º, II).

iii. **Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA** (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, §1º, III).

iv. **O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica** (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, §1º, IV).

i) A cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante a internação hospitalar (artigo 12, II, c, da Lei nº 9.656/1998);

j) A cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento** (artigo 12, II, d, da Lei nº 9.656/1998) e **atendam às diretrizes de utilização, se houver.**

k) A cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento** (artigo 12, II, e, da Lei nº 9.656/1998);

l) A cobertura para remoção do paciente, **COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA NOS TERMOS DA RN/ANS Nº 259/11,** para outro estabelecimento hospitalar (remoção inter hospitalar), **DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTOS NO CONTRATO**, em território brasileiro (artigo 12, II, e, da Lei nº 9.656/1998), desde que cumpridos os prazos de carência e cobertura parcial temporária para internação previstos neste contrato.

m) A cobertura de despesas, incluindo alimentação e acomodação, fornecidas pelo hospital, relativas ao acompanhante **no caso de pacientes crianças e adolescentes menores de dezoito anos; idosos a partir do 60 anos de idade, bem como pessoas com deficiência**, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e **nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares** (artigo 12, II, f, da Lei nº 9.656/1998 **c/c artigo 16** da **Lei nº 10.741**/2003 – Estatuto do Idoso e artigo 22, VII da RN/ANS **nº 387/2015**

n) A cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, VIII).

o) A cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que **POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento** (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, IX) e observadas as diretrizes de utilização se houver;

i. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, §2º).

1. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião – dentista assistente e/ou médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
2. Os honorários do cirurgião – dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizado em ambiente hospitalar, **NÃO** estão incluídos na cobertura deste contrato.

p) A cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (RN/ANS nº 387/2015, art. 22, X), observadas as diretrizes de utilização se houver:

i. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
ii. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI, do artigo 21 da RN/ANS nº 387/2015 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral.
iii. procedimentos radioterápicos previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
iv. hemoterapia;
v. nutrição parenteral ou enteral;
vi. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**;
vii. embolizações listadas no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**;
viii. radiologia intervencionista;

ix. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

x. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; e

xi. acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, **EXCETO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO**.

q) A cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (Lei nº 9.656/98, art. 10-A, incluído pela Lei nº 10.223/2001);

r) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas **SOMENTE** terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 387/2015, art. 12).

i. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS têm igualmente asseguradas a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

s) **OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS, DECORRENTES DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS, TÊM COBERTURA OBRIGATÓRIA QUANDO CONSTAREM DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, RESPEITADAS AS SEGMENTAÇÕES E OS PRAZOS DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT** (RN/ANS nº 387/2015, art. 11).

i. **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, COMO INTERNAÇÃO EM LEITO DE TERAPIA INTENSIVA APÓS TRANSPLANTE NÃO COBERTO, NÃO**

SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL, NÃO HAVENDO OBRIGATORIEDADE DE SUA COBERTURA POR PARTE DA CONTRATADA(RN/ANS nº 387/2015, art. 11, parágrafo único).

COBERTURA OBSTÉTRICA

3.14 A **CONTRATADA** garante às suas **BENEFICIÁRIAS**, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, vigente à época do evento (RN/ANS nº 387/2015, art. 22), observadas as diretrizes de utilização, se houver e as seguintes exigências:

a) A cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
    a. Pré-parto
    b. Parto; e
    c. Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
b) A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
c) A opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, **DESDE QUE A INSCRIÇÃO OCORRA NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS DO NASCIMENTO OU ADOÇÃO**.

3.15 Para fins de cobertura do parto normal listado no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 5º da RN/ANS nº 387/2015.

CLÁUSULA 04
EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções da ANS e respeitando as coberturas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 387/2015), estão excluídos da cobertura do plano, os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços, ou procedimentos NÃO previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, os que NÃO preencham os requisitos previstos nas Diretrizes de Utilização e os provenientes de (RN/ANS nº 387/2015, art. 20, §1º).

4.2 TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É AQUELE QUE:

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

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

C) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA / MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL), EXCETO NOS CASO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS REGISTRADOS PELA ANVISA, EM QUE A INDICAÇÃO DE USO PRETENDIDA SEJA DISTINTA DAQUELA APROVADA NO REGISTRO DA AVISA, EM QUE:

   I. A COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECONOLOGIAS NO SUS – CONITEC TENHA DEMONSTRADO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A EFICÁCIA, A ACURÁCIA E A EFETIVIDADE E A SEGURANÇA DO MEDICAMENTO OU DO PRODUTO PAA 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.

4.3 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA QUE NÃO VISAM ÀRESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO

CORPO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;

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

4.5 TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

4.5 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;

4.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ORAIS PREVISTOS NOS INCISOS X E XI DO ART. 21 DA RN/ANS Nº 387/2015 (ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS).

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

I) PRÓTESE É ENTENDIDA COMO QUALQUER MATERIAL, PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE SUBSTITUA TOTAL OU PARCIALMENTE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO.

II) ÓRTESE É ENTENDIDA COMO QUALQUER MATERIAL PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE AUXILIE AS FUNÇÕES DE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, SENDO NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO OU MATERIAIS CUJA COLOCAÇÃO OU REMOÇÃO NÃO REQUEIRAM A REALIZAÇÃO DE ATO CIRÚRGICO.

III) A REFERÊNCIA PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DIVERSOS MATERIAIS UTILIZADOS PELA MEDICINA NO PAÍS COMO ÓRTESES OU PRÓTESES DEVERÁ ESTAR DE ACORDO COM A LISTA DISPONIBILIZADA E ATUALIZADA PERIODICAMENTE NO ENDEREÇO ELETRÔNICO DA ANS NA INTERNET (www.ans.gov.br), NÃO SENDO ESTA, UMA LISTA QUE ATRIBUA COBERTURA OBRIGATÓRIA AOS MATERIAIS ALI DESCRITOS.

4.8 TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

4.9 CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

4.10 ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS;

4.11 ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL, ANTES DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA OU PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;

4.12 A REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS;

4.13 DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADA, ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS À PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS, IDOSOS A PARTIR DOS 60 (SESSENTA) ANOS E PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS, SALVO CONTRA INDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE;

4.14 CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

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

4.16 PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATADA, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS À OPERADORA, À EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS E, POSTERIORMENTE, REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO;

4.17 ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJAEM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR, BEM COMO SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR;

4.18 CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS DE QUALQUER NATUREZA;

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

4.20 APLICAÇÃO E FORNECIMENTO DE VACINAS;

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

4.22 ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

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

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

4.25 PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

4.26 INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

4.27 INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM SUBSTIUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR, ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, INCLUSIVE *HOME CARE*;

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

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

CLÁUSULA 05
DURAÇÃO DO CONTRATO

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

5.2 O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante prévia notificação, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (RN nº 195/09, art. 17).

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

CLÁUSULA 06
PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

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

6.2 Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, **DESDE QUE O NÚMERO DE PARTICIPANTES DO PLANO SEJA IGUAL OU SUPERIOR A TRINTA BENEFICIÁRIOS E O BENEFICIÁRIO FORMALIZE O PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS DA CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO COLETIVO OU ATÉ TRINTA DIAS DE SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** (RN/ANS nº 195/09, art. 6º);

6.3 É condição para o ingresso do beneficiário do plano de saúde a comprovação de vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE.**

6.3.1 A **CONTRATADA** encaminhará à pessoa jurídica **CONTRATANTE** até o 7º dia útil de cada mês, o relatório com a relação dos pagamentos dos beneficiários vinculados ao plano.

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

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

CLÁUSULA 07
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 O **BENEFICIÁRIO** deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

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

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

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

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

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

7.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do **BENEFICIÁRIO**, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

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

7.9.1 Declarando no formulário próprio, doença ou lesão preexistente, o beneficiário cumprirá CPT de 24 meses a partir da data do seu ingresso no plano.

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

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

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

7.13 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n° 9.656/1998.

7.14 Identificado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do **BENEFICIÁRIO** à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

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

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

7.20 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.21 Não será exigido o cumprimento de prazos de cobertura parcial temporária, nos casos de doenças e lesões preexistentes, **DESDE QUE O NÚMERO DE PARTICIPANTES DO PLANO SEJA IGUAL OU SUPERIOR A TRINTA BENEFICIÁRIOS E O BENEFICIÁRIO FORMALIZE O PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ SESSENTA DIAS DA CELEBRAÇÃO DESTE**

CONTRATO COLETIVO OU ATÉ TRINTA DIAS DE SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE (RN/ANS nº 195/09, art. 7º);

CLÁUSULA 08
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DA REMOÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

I – DE LOCAL PÚBLICO OU PRIVADO QUE NÃO SEJA UMA UNIDADE HOSPITALAR OU SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, RESSALVADAS HIPÓTESES DE

INDISPONIBILIDADE E INEXISTÊNCIA DE PRESTADORES PREVISTOS NOS ARTS. 4º, 5º E 6º, DA RN Nº 259, DE 2011; OU

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

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

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

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

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

DO REEMBOLSO

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

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

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

CLÁUSULA 09
MECANISMOS DE REGULAÇÃO
- PLANO COM COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA -

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

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

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

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

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

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

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

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

- cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação do **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela **CONTRATADA**;
- guia **de autorização fornecida pela Central de Atendimento,** instruída **com requisição do médico assistente ou cirurgião-dentista.**

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

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

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

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

9.3.1.1 Nas análises técnicas realizadas por auditores da **CONTRATADA** será verificado se o procedimento solicitado é compatível com a patologia diagnosticada, bem como se há evidências científicas que embasem a sua solicitação, se o procedimento é ético, experimental, e, quando necessário serão solicitadas esclarecimentos ao médico assistente.

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

9.3.1.3 A Unimed utilizará sistema biométrico para autorização dos procedimentos.

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

9.5 NÃO SERÃO AUTORIZADAS AS INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS NÃO CREDENCIADOS, EM ESPECIAL OS QUE ATENDAM EXCLUSIVAMENTE COM TABELAS PRÓPRIAS / ALTO

CUSTO, CUJOS VALORES ULTRAPASSEM OS PRATICADOS PELA UNIMED COM OS DEMAIS PRESTADORES.

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

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

9.6.2 Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum **BENEFICIÁRIO**, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência.

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

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

DA COPARTICIPAÇÃO

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

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

a) 15% (quinze por cento) dos custos das consultas em consultório e pronto socorro;

b) 20% (vinte por cento) dos custos dos exames e procedimentos de diagnose e terapia realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial e *day clinic*, incluindo materiais, medicamentos, honorários, diárias e taxas relacionados à execução do exame;

c) 15% (quinze por cento) dos custos das consultas / sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e psicoterapia realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionados à execução dos procedimentos;

d) 20% (vinte por cento) sobre o preço dos medicamentos, inclusive os anti-neoplásicos orais para uso domiciliar, cujo fornecimento esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

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

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

DA FRANQUIA

9.12 Os valores referentes à franquia obedecerão ao teto estabelecido pelos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação e deverão ser pagos pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços da rede credenciada no ato de sua utilização (Resolução CONSU nº 08/98).

9.13 Haverá cobrança de franquia para cada internação clínica e/ou cirúrgica, cujo valor referência é de **R$ 100,00 (cem reais).**

9.14 O valor da franquia será reajustado anualmente no mesmo índice de reajuste anual deste contrato.

CLÁUSULA 10
FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2 A responsabilidade pelo pagamento será do beneficiário.

10.2.1 A **CONTRATADA** informará até o 7º dia útil de cada mês, o relatório analítico com os pagamentos efetuados afim de repasse do per capta do beneficiário.

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

10.4 As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

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

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

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

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

10.9 O **BENEFICIÁRIO** reconhece que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **CONTRATADA** proceder a sua

cobrança por execução judicial, nos termos do art. 585, II do CPC, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

10.10 O beneficiário vinculado ao contrato obriga-se a pagar, por si e seus dependentes, os valores abaixo relacionados:

Tabela de Preço do Contrato:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 a 18 ANOS	R$ 98,76
19 a 23 ANOS	R$ 126,42
24 a 28 ANOS	R$ 155,50
29 a 33 ANOS	R$ 180,38
34 a 38 ANOS	R$ 202,01
39 a 43 ANOS	R$ 216,17
44 a 48 ANOS	R$ 242,08
49 a 53 ANOS	R$ 302,62
54 a 58 ANOS	R$ 408,51
≥ 59 ANOS	R$ 592,36

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

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

CLÁUSULA 11
REAJUSTE

11.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preço para novas adesões estabelecidos pela **CONTRATADA** deverão ser fixados em moeda corrente do País e serão reajustados automática e anualmente, de conformidade com o **ÍNDICE DIVULGADO PELA ANS PARA OS PLANOS INDIVIDUAIS / FAMILIARES.** Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com antecedência de 03 (três) meses em relação à data base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

11.1.1 No primeiro ano de contrato o reajuste será apurado levando em consideração os 9 meses consecutivos do plano.

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

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

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

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

$$R = (S/Sm) - 1 \times 100$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

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

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

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

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

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

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

Agrupamento de Contratos[5] Coletivos para Cálculo do Percentual de Reajuste
– RN /ANS nº 309/12 -

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

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

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

11.9.1.1 Este contrato será considerado agregado ao agrupamento se possuir quantidade de **BENEFICIÁRIOS** igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários na data prevista no item 11.9.1, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de **BENEFICIÁRIOS (art. 6º §2º RN/ANS nº 309/2012)**

11.9.2 Caso a quantidade de **BENEFICIÁRIOS** deste contrato seja superior a 29 (vinte e nove), na data prevista no item **11.9.11**, **esse contrato** ficará desagregado do agrupamento (art. 6º §3º RN/ANS nº 309/**2012)**

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

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

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

11.9.5 Caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento (quantidade de **BENEFICIÁRIOS** igual ou superior a 30 beneficiários, na data de aniversário), será aplicado o reajuste e acordo com a cláusula 11 (item 11.1 a 11.8) deste contrato.

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

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

-Metodologia de Cálculo do Percentual de Reajuste -

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

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

Onde:

$R = Percentual\ de\ Reajuste$

RT % = Reajuste Técnico Percentual

RF % = Reajuste Financeiro Percentual

11.12.1 Reajuste Técnico:

O reajuste técnico tem como objetivo manter o equilíbrio da carteira, e corrige a sinistralidade observada para o grupo em relação à sinistralidade requerida pela operadora, que é de **75% (setenta e cinco por cento)**, para efeitos de agrupamento de contratos.

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

Onde:

SiA = Sinistralidade observada do agrupamento de contratos;

SiR = Sinistralidade requerida = 0,75

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

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

Onde:

$c = Índice\ do\ contrato\ pertente\ ao\ agrupamento$

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

$Rec_c = Receitas\ (contraprestações\ mensais)do\ contrato\ c\ no\ periodo\ de\ apuração$

$p = ajuste\ de\ Peona$

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

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

Onde:

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

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

11.12.2 Reajuste Financeiro:

O reajuste financeiro corresponderá à **aplicação do ÍNDICE DIVULGADO PELA ANS PARA OS PLANOS INDIVIDUAIS / FAMILIARES.**

CLÁUSULA 12
FAIXAS ETÁRIAS

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

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

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

ALTERAÇÃO DA IDADE	AUMENTOS
de 18 para 19 anos	**+ 28,00%**
de 23 para 24 anos	**+ 23,00%**
de 28 para 29 anos	**+ 16,00%**
de 33 para 34 anos	**+ 12,00%**
de 38 para 39 anos	**+ 07,00%**
de 43 para 44 anos	**+ 12,00%**
de 48 para 49 anos	**+ 25,00%**
de 53 para 54 anos	**+ 35,00%**
de 58 para 59 anos	**+ 45,00%**

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

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

12.5 A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas (RN nº 63/03, art. 3º, II).

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

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

CLÁUSULA 13
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

13.2 DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

a. Por rescisão do presente Contrato;

b. Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

c. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, apurada de acordo com a legislação vigente;

d. Por solicitação da pessoa jurídica contratante.

13.3 DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

a. Pela perda da condição de dependência prevista na cláusula 02 deste contrato (condições de admissão);

b. A pedido do **BENEFICIÁRIO TITULAR**;

c. Pelo término do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com a **CONTRATANTE;**

d. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE,** apurada de acordo com a legislação vigente;

e. Por solicitação da pessoa jurídica contratante.

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

a) fraude; ou

b) **por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência**, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

CLÁUSULA 14
RESCISÃO / SUSPENSÃO

14.1 O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão do contrato, a critério da **CONTRATADA**.

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

a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) **CONTRATANTE**;

c) por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

D) IMOTIVADAMENTE, APÓS 12 MESES DE VIGÊNCIA DO CONTRATO E MEDIANTE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO DA OUTRA PARTE COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 60 (SESSENTA) DIAS.

e) se não for mantido o número mínimo de BENEFICIÁRIOS estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula 01 (Atributos do Contrato), ressalvado o disposto no item abaixo.

14.3 Na hipótese de redução do número de **BENEFICIÁRIOS** ficar abaixo do limite estabelecido na **Cláusula 01 (Atributos do Contrato) a CONTRATADA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá à **CONTRATANTE** pagar o equivalente à média per capta das mensalidades, multiplicada pelo número de **BENEFICIÁRIOS** faltantes para o mínimo estabelecido neste contrato.

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

CLÁUSULA 15
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do Ex-Empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa (RN 279/11)

15.1 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para o pagamento da mensalidade do plano, **EM DECORRÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**, o

direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial[6] de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **DESDE QUE ASSUMA O SEU PAGAMENTO INTEGRAL** (RN 279/11, art. 4º).

15.1.1 O período de manutenção a que se refere o item anterior será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência **em que tenha contribuído para o pagamento do seu plano**, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses (RN 279/11, art. 1º, parágrafo único).

15.2 - Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador, ora **CONTRATANTE, EM DECORRÊNCIA DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregado e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.** (RN 279/11, art. 2º, I)

15.2.1 - Também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação.

15.2.2 - Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa, é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 30 da Lei nº 9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de assistência à saúde.

15.3 - A manutenção da condição de beneficiário prevista no art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998 é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.3.1 - A obrigatoriedade de que trata o item 13.3 não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

[6] Mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

15.3.2 - A disposição prevista no item 13.3 não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos de ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no período de manutenção da condição de beneficiário.

15.4 - Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano, nos termos do disposto no art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998.

15.5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da rescisão contratual.

15.5.1 - A contagem do prazo previsto no item 15.5 desta Cláusula somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.6 - A **CONTRATADA**, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica **CONTRATANTE** que lhe informe:

I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa;

II – se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa continua trabalhando na mesma empresa

III – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

IV – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e

V – se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

15.7 - A exclusão do beneficiário deverá ser aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como todas as informações previstas no item anterior.

15.8 - O direito assegurado no artigo 30 da Lei nº 9.656/98 (manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa) se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

I – pelo decurso do prazo previsto no item 13.1.1 desta Cláusula;

II – pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego;

III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados

15.8.1 - Considera-se novo emprego para fins do disposto no inciso II deste item o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

15.8.2 - Na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador na forma do inciso III deste item, a CONTRATADA ofertará ao universo de beneficiários deste contrato, na forma da Resolução CONSU n° 19, de 25 de março de 1999, a opção aderirem a um plano individual ou familiar da operadora, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

15.8.2.1 - Os beneficiários deverão fazer opção, por escrito, pelo produto individual ou familiar da **CONTRATADA**, no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

15.8.2.2 - No caso de mudança, sem interrupção das obrigações contratuais, será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V, do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, ou o acesso a melhor padrão de acomodação ou, ainda, quando for ampliada a área de abrangência geográfica do contrato.

15.8.2.3 - Os direitos contratuais adquiridos no plano anterior, através das carências já cumpridas, e dentro de seus limites poderão ser aproveitados durante a vigência das

carências do novo plano, desde que não haja solução de continuidade na prestação dos serviços e a opção seja manifestada na forma do item 15.8.2.1.

Do Ex-Empregado Aposentado (RN 279/11)

15.9 - É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o pagamento da mensalidade do plano, **EM DECORRÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO, PELO PRAZO MÍNIMO DE 10 (DEZ) ANOS**, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial[7] de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **DESDE QUE ASSUMA O SEU PAGAMENTO INTEGRAL** (RN 279/11, art. 5º).

15.10 - É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu por período inferior ao disposto no item 1 desta Cláusula, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, **DESDE QUE ASSUMA O SEU PAGAMENTO INTEGRAL** (RN 279/11, art. 5º, parágrafo único).

15.11 - Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador, ora **CONTRATANTE**, em decorrência do vínculo empregatício, **à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregado e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.** (RN 279/11, art. 2º, I)

15.12 - Também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação.

15.13 - Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 31 da Lei nº 9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de assistência à saúde.

[7] Mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

15.14 - A manutenção da condição de beneficiário prevista no art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998 é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.14.1 - A obrigatoriedade de que trata o item 13.14 não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

15.14.2 - A disposição prevista no item 13.14 não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos de ex-empregado aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

15.15 - Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano, nos termos do disposto no art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998.

15.16 - O ex-empregado aposentado deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser comprido ou indenizado.

15.17 - A contagem do prazo previsto no item 13.16 desta Cláusula somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.18 - A **CONTRATADA**, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica **CONTRATANTE** que lhe informe:

I – se o beneficiário foi excluído por aposentadoria;

II – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

III – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e

IV – se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

15.19 - A exclusão do beneficiário deverá ser aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como todas as informações previstas no item anterior.

15.20 - O direito assegurado no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 (manutenção do ex-empregado aposentado) se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

I – pelo decurso do prazo previsto no item 13.10 desta Cláusula;
II – pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego;
III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados

15.21 - Considera-se novo emprego para fins do disposto no inciso II deste item o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

15.22 - Na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador na forma do inciso III deste item, a **CONTRATADA** ofertará ao universo de beneficiários deste contrato, na forma da Resolução CONSU nº 19, de 25 de março de 1999, a opção aderirem a um plano individual ou familiar da operadora, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

15.22.1 - Os beneficiários deverão fazer opção, por escrito, pelo produto individual ou familiar da **CONTRATADA**, no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

15.22.2 - No caso de mudança, sem interrupção das obrigações contratuais, será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V, do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, ou o acesso a melhor padrão de acomodação ou, ainda, quando for ampliada a área de abrangência geográfica do contrato.

15.22.3 - Os direitos contratuais adquiridos no plano anterior, através das carências já cumpridas, e dentro de seus limites poderão ser aproveitados durante a vigência das carências do novo plano, desde que não haja solução de continuidade na prestação dos serviços e a opção seja manifestada na forma do item 15.22.1.

15.23 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa (**CONTRATANTE**) e vem a se desligar da emprega é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98, e neste contrato.

15.23.1 O direito de que trata o item 13.23 será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar da **CONTRATANTE**.

15.23.2 O direito de manutenção é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

CLÁUSULA 16
DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

16.6.2 As despesas com diárias hospitalares serão cobradas pelos mesmos valores constantes das faturas emitidas pelo serviço que tiver prestado o serviço, acrescidas de taxa de administração de 25% (vinte e cinco por cento).

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

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

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

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

CLÁUSULA 17
ELEIÇÃO DE FORO

17.1 Fica eleito o Foro da Justiça Federal **de Primeiro Grau** do Estado da Paraíba para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com **renúncia** expressa **de qual**quer outro, por mais privilegiado que seja.

João Pessoa (PB), 18 **de** março de 2016

Contratante: _____

Contratada: _____

Presidente
Unimed João Pessoa

Demóstenes Paredes Cunha Lim
Diretor Financeiro
Unimed João Pessoa

1._____ 2._____

Nome: Nome:

CPF: CPF:

RG: RG:

ANEXO I – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE TABELA PRÓPRIA EXCLUÍDOS DO CONTRATO

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

1. Para atendimento, fica estabelecido que **NÃO SERÃO AUTORIZADOS OS PROCEDIMENTOS EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE ATENDAM EXCLUSIVAMENTE COM TABELA PRÓPRIA E ALTO CUSTO, OS QUAIS, EMBORA FAÇAM PARTE DA REDE CONTRATADA DE OUTRAS COOPERATIVAS DO SISTEMA UNIMED,** possuem tabelas próprias de preços e não seguem as regras para o intercâmbio[8] praticado pela UNIMED, **EXEMPLIFICADAMENTE** os constantes da relação abaixo:

UF	Município	Prestador
BA	Salvador	Okyta Clínica Ltda.
BA	Camaçari	Med Center Clirca Clínica Metropolitana
BA	Salvador	Núcleo de Medicina da Bahia Ltda.
BA	Alagoinhas	Hospital das Clínicas de Alagoinhas Ltda.
BA	Alagoinhas	Cetro Centro Especializado em Traumat.
BA	Alagoinhas	UMI Urgência Médica Infantil Ltda.
BA	Camaçari	Sermege Serviços Médicos em Geral
BA	Camaçari	Clínica Santa Helena SC Ltda.
BA	Camaçari	Semed Serviços Médicos em Geral
BA	Dias D´Ávila	Promater Policlínica e Maternidade
DF	Brasília	Diagnósticos da América
PE	Recife	Hospital Esperança
PE	Recife	Hospital Santa Joana
PE	Recife	Real Hospital Português
RJ	Rio de Janeiro	DH – Day Hospital Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Centron – Centro de Tratamento Oncol

[8] Considera-se "beneficiário de intercâmbio" quando a sua utilização dos serviços médico-hospitalares ocorre por intermédio de prestadores vinculados a Unimeds diferentes daquela contratada.

RJ	Rio de Janeiro	Meier Medical Center S/C Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Preslaf – Empresa de Serviços Hospitalares
RJ	Rio de Janeiro	Hospital e Maternidade São Luiz S.A.
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Norte D´Or de Cascadura S.A.
RJ	Niterói	Hospital de Clínicas de Niteóis Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Ipanema – Serviço de Assistência M.
RJ	Rio de Janeiro	Medise Medicina Diagnóstico e Serviços Ltda.
RJ	Niterói	Hospital Icaraí Clínica São Gonçalo Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Laranjeiras Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Santa Lúcia S/A
RJ	Rio de Janeiro	Associação Beneficente Israelita do Rio
RJ	Rio de Janeiro	Clínica Sorocaba S/A
RJ	Rio de Janeiro	Associação Congregação de Santa Catarina
RJ	Rio de Janeiro	Clínica Pediátrica Barra Ltda.
RJ	Rio de Janeiro	Jorge Jaber Clínica de Psicoterapia Ltda.
RN	Mossoró	NIPO Núcleo Integrado Psico Odontológico
RS	Novo Hamburgo	ITC – Inst. De Trat. Cardiovascular
RS	Novo Hamburgo	Bem Estar Cli Fisioterapia e Reab Ltda.
RS	Novo Hamburgo	Nutrimark Nutrição Clínica Ltda.
RS	Ivoti	Cassel Clín. De fisio. e Estática Ltda.
RS	Portão	ESSA – Clínica Multiprofissional Ltda.
RS	São Leopoldo	Bem Nutrir Clínica Consultoria e Assesso
RS	Novo Hamburgo	Fleury S.A.
RS	Campo Bom	Laboratório Fleming Ltda.
RS	Novo Hamburgo	Laboratório Fleming Ltda.
RS	Novo Hamburgo	Hospital Unimed CDI – Centro Diagnóstico
RS	Porto Alegre	Assoc. Educadora São Carlos – AESC
RS	Estância Velha	Laboratório Vida
RS	Novo Hamburgo	Laboratório Exame Análises Clínicas Ltda.
RS	Porto Alegre	Assoc. Hospit. Moinhos de Vento
SC	Joinville	Hospital e Maternidade Dona Helena
SP	São Paulo	Clínica Integrada SIMMM S/S Ltda.

SP	São Paulo	Hospital e Maternidade São Luiz S/A
SP	Santo André	Hospital e Maternidade Brasil
SP	S. B. do Campo	Hosp. E Mat. Assunção Ltda.
SP	São Paulo	Associação do Sanatório Sírio
SP	São Paulo	Sociedade Hospital Samaritano
SP	São Paulo	Hosp. E Mat. Santa Joana S/A
SP	São Paulo	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
SP	São Paulo	S. B. Israelita Bras. Hosp. Albert Einstein
SP	São Paulo	Hospital Santa Paula S/A
SP	São Paulo	Hospital Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
SP	São Paulo	Hospital Nove de Julho S/A
SP	São Paulo	Associação Congregação de Santa Catarina
SP	São Paulo	Fundação Antônio Prudente
SP	São Paulo	Hospital e Maternidade São Camilo – Pompéia
SP	São Paulo	Fund. Inst. Moléstias do Aparelho Digest.
SP	São Paulo	Hospital Infantil Sabará S.A.
SP	Barueri	Diagnósticos da América S/A
SP	São Paulo	Diagnósticos da América S/A
SP	Osasco	Diagnósticos da América S/A
SP	Cotia	Diagnósticos da América S/A
SP	São Paulo	S. B. de Senhoras Hospital Sírio Libanês
SP	São Paulo	Real e Benemérita Assoc. Portuguesa de Benef.
SP	São Paulo	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia
SP	São Paulo	Inst. De Esp. Pediátricas de São Paulo

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

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

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

João Pessoa (PB), 18 de Março de 2016.

Contratante: _____

Contratada: _____

Alexandre Magno Pimentel de Oliveira
Presidente
Unimed João Pessoa

Demóstenes Paredes Cunha Lima
Diretor Financeiro
Unimed João Pessoa

1._____

Nome:

CPF:

RG:

2._____

Nome:

CPF:

RG:

Anexo II - GLOSSÁRIO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚD SUPLEMENTAR - ANS – Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO – Especificação nominal dos estados ou municípios que integram as áreas geográficas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA – Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE – Mecanismo de regulação da operadora que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência a um beneficiário titular.

BENEFICIÁRIO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Consumidor de plano de saúde. Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

BENEFICIÁRIO TITULAR – É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com a operadora.

CARÊNCIA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

COBERTURA ASSISTENCIAL DE REFERÊNCIA – Segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria.

COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – Cobertura assistencial que admite, por um período de ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE – Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE – Contrato de plano privado de assistência à saúde.

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR – Instrumento jurídico firmado legalmente entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa física para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar.

COOPERATIVA MÉDICA – Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO – Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização de procedimento.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – Formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal é obrigado a informar à operadora, quando expressamente

solicitado, as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE – Doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

ENTREVISTA QUALIFICADA – Orientação ao beneficiário, realizada às expensas da operadora, executada por médico, credenciado e/ou referenciado pela operadora, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são informadas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e para esclarecer sobre questões relativas aos diretos de cobertura e consequências da omissão de informações.

EXCLUSÃO DE COBERTURA ASSISTENCIAL – Situação na qual, de acordo com a legislação e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO – Meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde.

PLANO AMBULATORIAL – Plano privado de assistência à saúde que compreende os atendimentos e procedimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

PLANO HOSPITALAR – Plano privado de assistência à saúde que compreende os atendimentos em unidade hospitalar, definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não incluindo procedimentos ambulatoriais, excetuando-se apenas procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em ambiente hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – Plano privado de assistência à saúde que compreende a cobertura assistencial no segmento hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e à cobertura do recém-nascido, bem como o direito de sua inclusão no plano sem cumprimento de carências.

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR – Plano privado de assistência à saúde que compreende a assistência à saúde de contratação individual oferecido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem grupo familiar.

REAJUSTE ANUAL DE VARIAÇÃO DE CUSTOS – Aumento da contraprestação pecuniária para a correção do desequilíbrio na carteira de planos privados de assistência à saúde em função da variação dos custos médico-hospitalares ocorrida no período de um ano.

REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA – Aumento da contraprestação pecuniária do plano em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra.

REDE PRESTADROA DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Rede assistencial. Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

REEMBOLSO DE DESPESA ASSISTENCIAL – Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviços, de acordo com o estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE – Cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida pela operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.