

Nº 4085 (ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE) VENDEDOR: GCOS

PROPOSTA DE ADMISSÃO – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO PLANO UNICOL I-E

CONTRATADA: Unimed Natal Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ/MF – 08.380.701/0001-05

CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE

CNPJ: 08.450.397/0001-25

INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento **RAMO DE NEGÓCIO:** Outras Atividades esportivas não especificadas

ENDEREÇO: Av. Salgado Filho, nº 1559, bairro: Lagoa Nova, Natal/RN, CEP:59056-000

TELEFAX: (84) 3201-9731

CONTATO: Sr. Junior

DIRETOR: Giselda Lucia dos Santos Maia

NÚMERO DE USUÁRIOS: 20

TITULAR: 11

DEPENDENTE: 09

PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: Doze meses, a partir de 08/10/2010.

VENCIMENTO DA FATURA: Dia 10 (dez) de cada mês.

MODALIDADE: Enfermaria

TIPO DE CONTRATO: Rede Aberta integral

SOS UNIMED: Sim

SEGURO: Sim

CARÊNCIA INICIAL: Os usuários inscritos no ato da assinatura do presente contrato farão jus ao cumprimento das seguintes carências:

Isenção: Consultas e exames de diagnóstico simples.

Isenção: Exames de diagnósticos especiais, terapia e fisioterapia,

Isenção: Cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas.

Isenção: Diálise, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, psicoterapia, internação psiquiátrica, aids, acupuntura, prótese, transplante e implante.

Isenção: Parto.

MENSALIDADE POR USUÁRIO

Faixa Etária	Mensalidade	Reajuste(%)
00 A 18 anos	R\$ 95,06	0,00
19 a 23 anos	R\$ 130,22	37,00
24 a 28 anos	R\$ 130,22	0,00
29 a 33 anos	R\$ 130,22	0,00
34 a 38 anos	R\$ 130,22	0,00
39 a 43 anos	R\$ 162,75	24,90
44 a 48 anos	R\$ 250,29	0,00
49 a 53 anos	R\$ 250,29	0,00
54 a 58 anos	R\$ 250,29	0,00
59 anos em diante	R\$ 402,13	60,70

Natal, 08 de outubro de 2010.

CONTRATANTE: Giselda Lucia dos Santos Maia

Antônio Francisco de Araújo
UNIMED NATAL
Dr. Antônio Francisco de Araújo
Diretor Presidente

CONTRATANTE: _____

Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Brito
UNIMED NATAL
Dr. Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Brito
Vice-Presidente

TESTEMUNHAS: José Márcio Caron da Cunha
Téc. Administrativo - Mat. 159

Giselda Dantas de Lima
UNIMED NATAL

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

Contrato n°: 4085

**UNICOL I-E
PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
PADRÃO ENFERMARIA – INTEGRAL
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO**

Serviços de Assistência Médico-Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia de plano coletivo por adesão a preço pré-estabelecido - Registro Provisório de Produto na ANS sob o nº 457.746/08-9

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE**1.1 QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA:**

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, nome de fantasia **UNIMED NATAL**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibú, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, com inscrição na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 335592, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

1.2 QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO DEFERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.450.397/0001-25, situada na Av. Senador Salgado, nº 1559, bairro Lagoa Nova, CEP 59056-000, Natal/RN, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus usuários, assim entendidas as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução nº 195 da ANS e suas atualizações, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985; e o grupo familiar do beneficiário titular, obedecidas as disposições deste instrumento.

1.3 NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

1.3.1 Nome Comercial: UNICOL I-E

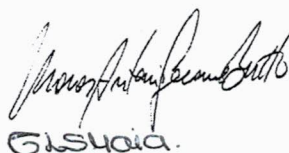
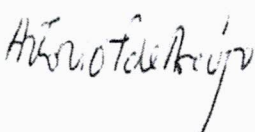
1.3.2 Registro de Produto na ANS nº 457.746/08-9

1.4 TIPO DE CONTRATAÇÃO:

1.4.1 O presente contrato é caracterizado como Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão.

1.5 SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia


G. S. U. O. I. A.

1.6 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

1.6.1 Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área geográfica de abrangência qualificada como **Grupo de Municípios, compreendendo os seguintes municípios: NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAÍBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ, sendo facultado ainda ao usuário, ser atendido nos demais municípios do Estado do RN, através das Unimed locais.**

1.7 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

1.7.1 A área de atuação do plano contratado abrange os seguintes municípios do estado do Rio Grande do Norte (RN): **NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAÍBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ.**

1.8 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

Coletivo (enfermaria).

1.9 FORMAÇÃO DO PREÇO:

1.9.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura contratada é o preço pré-estabelecido.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO**2.1 OBJETO DO CONTRATO**

2.1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS vigente à época do evento.

2.1.2 É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão de mesmo número.

2.2 NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.2.1 A natureza do presente instrumento jurídico é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 São usuários titulares as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução nº 195 da ANS e suas atualizações, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985.

Arsonio de Albuquerque
Marcelo Antonio de Sousa Brito
G. S. N. O. A.

3.2 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer, por escrito, até o dia 05 (cinco) de cada mês, a relação de inclusões e exclusões de usuários no plano, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a pessoa jurídica, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência, acompanhada das respectivas propostas de admissão; também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objetos deste instrumento.

3.3 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA, passando a vigor no dia 01 do mês subsequente.

3.4 São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até 21 (vinte e um) anos incompletos**;
- c) os filhos solteiros, **até 24 (vinte e quatro) anos incompletos**, desde que na condição de estudantes universitários de graduação;
- d) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos, o que deve ser atestado por profissional médico, ficando a critério da CONTRATADA a indicação da melhor forma de comprovação da invalidez alegada, inclusive encaminhando o paciente à perícia/auditoria médica, quando entender conveniente.

3.5 É assegurada a inclusão:

I – do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou da adoção, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

II – do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias (a contar da data do deferimento da adoção);

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato e desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após a data da realização do casamento civil;

IV – do beneficiário que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica contratante, bem como seu(s) dependente(s), isento do cumprimento dos prazos de carência, **desde que a inscrição no plano ocorra em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.**

V - do beneficiário (titular e dependente) que se vincular à CONTRATANTE após o transcurso de trinta dias da celebração do contrato coletivo, com isenção do cumprimento dos prazos de carência, **desde que formalize sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.**

V.1 - Aqueles que se tornarem dependentes ou elegíveis após o transcurso do prazo dos trinta dias da celebração do contrato coletivo poderão ingressar sem cumprimento de carências no aniversário do contrato. **Caso a condição de dependente seja anterior e o ingresso ocorra após o aludido prazo, ele terá que, necessariamente, cumprir o período de carência, ressalvadas as hipóteses legais de não cumprimento de carência.**

Antonio de Brito

João Antônio de Brito

3.6 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

3.7 Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário.

3.8 Quando for o caso, ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação necessária para a efetivação da contratação.

3.9 O número de usuários inscritos no ato da assinatura deste instrumento está descrito na proposta de adesão.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações vigentes à época do evento, garantindo o seguinte:

- a) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, que envolvam as atividades educacionais, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;
- b) cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, quanto à participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- c) atendimento dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

A - COBERTURA AMBULATORIAL

A.1. A cobertura deste capítulo compreende os procedimentos realizados em consultório ou em ambulatório, relacionando o procedimento ao prestador credenciado, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

ANS - n° 33559-2

- III – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- IV – Cobertura de até 12 (doze) consultas/sessões com nutricionista, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações;
- V – Cobertura de até 24 (vinte e quatro) consultas/sessões com fonoaudiólogo, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações;
- VI – Cobertura de até 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações;
- VII - Cobertura de até 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações;
- VIII – Cobertura de até 12 (doze) sessões de psicoterapia, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- IX – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- X – Cobertura obrigatória para os seguintes serviços considerados especiais:
- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - radioterapia ambulatorial;
 - 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 eu estejam descritos no segmento ambulatorial da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;
 - hemoterapia ambulatorial; e
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;
- XI – Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10, incluindo:
- Atendimento de emergência ao usuário, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativa de suicídio ou auto-agressão e/ou riscos de danos morais e patrimoniais importantes;

Arão Otávio de Araújo

Marcelo Antônio de Sá

ELISABETH

- b) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitada a 12 (doze) sessões por ano de vigência do contrato, não cumulativas.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1. A CONTRATADA garante aos usuários os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados com urgência e emergência, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, listado no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas atualizações, relacionando o procedimento ao prestador credenciado, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de diárias de internações hospitalares, no padrão de acomodação em internação previsto nas características gerais deste instrumento, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

II - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;


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

V - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

VI - Cobertura de despesas com acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital à acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação médica nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais listadas no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas atualizações, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VIII - Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares, solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;



G.S. SILVA

- a) 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;
- b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o 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;
- c) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar;

IX - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) nutrição parenteral ou enteral;
- c) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- d) radioterapia para procedimentos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações;
- e) hemoterapia;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações;
- g) embolizações para procedimentos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas atualizações.

X – 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.

XI – Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XII – Cobertura obrigatória de transplante autólogo de medula óssea, para receptores com idade igual ou inferior a 75 (setenta e cinco) anos, portadores de uma das patologias previstas no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações.

XIII - Cobertura de transplante alogênico de medula óssea, desde que preenchidos os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

XIV – Cobertura de transplantes de rins e córneas, bem como dos transplantes autólogos e as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

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

1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

2) os medicamentos utilizados durante a internação;

3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) é de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XV - Serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, bem como cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

XVI - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, e que tenham registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;

b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, 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;

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

XVII - Taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

XVIII - Cobertura para todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos;

XIX - Utilização de monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

B.2 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

B.2.1. – Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de

Artesio Tadeu...

...

GNS/NOIA.

transtornos psiquiátricos em situação de crise. Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será cobrada co-participação do beneficiário no percentual de 30% (trinta por cento) do custeio de cada diária excedida. **O percentual obedecerá aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época.**

B.2.2 – Custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. Ultrapassados os 15 (quinze) dias de internação no transcorrer de um mesmo ano de contrato será cobrada co-participação do beneficiário no percentual de 30% (trinta por cento) do custeio de cada diária excedida. **O percentual obedecerá os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época.**

B.2.3 – Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e suas atualizações, a critério do médico assistente;

B.2.4 – Cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

B.2.5 - 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.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1. A CONTRATADA assegura às beneficiárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato e observado o direito a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

C.2 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

C.2.1 Entende-se como cobertura assistencial ao recém-nascido as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, desde que nas condições previstas neste contrato. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde;

C.3 Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

C.4 Quando o atendimento nos casos de emergência for efetuado no decorrer nos períodos de carência, havendo sido resultante de complicações no processo gestacional ou parto prematuro, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

Artemio de Albuquerque

João Antônio de Albuquerque

CISSIDA

C.5 Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação, as despesas passam a ser de responsabilidade da usuária, não cabendo qualquer obrigação à CONTRATADA, conforme determina a **Resolução CONSU nº 13, de 03/11/1998**;

C.6 No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares acima referidas, desde que necessário para a continuidade do tratamento e sendo interesse do usuário, será de obrigação da CONTRATADA a remoção para um hospital da rede pública, ou outro de sua escolha dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato, cessando a responsabilidade da CONTRATADA apenas após o efetivo registro do paciente no SUS;

C.6.1 Caso haja necessidade de remoção para uma unidade do SUS serão aplicadas as regras previstas no item Urgência e Emergência contidas neste instrumento contratual.

C.7 São garantidas coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde;

C.8 Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1987, que rege o exercício profissional do Enfermeiro;

C.9 Implante e fornecimento do dispositivo intra-uterino - DIU. (modelo convencional não-hormonal).

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitadas as coberturas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

- 1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- 3) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- 5) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto a cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar e para aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- 6) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e pelos órgãos reguladores;
- 7) Despesas de acompanhantes, não previstas neste contrato;
- 8) Cirurgias para mudança de sexo;
- 9) Casos de cataclismos, guerras e comições internas, quando declarados pela autoridade competente;

Antonio Carlos de Aguiar

Manoel Antonio de Aguiar
GISELIA.

- 10) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- 11) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a UNIMED, 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;
- 12) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 13) Inseminação artificial;
- 14) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 15) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 16) Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 17) Aplicação de vacinas;
- 18) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 19) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 20) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 21) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 22) Transplantes, exceto os de córnea, rim, autólogos e transplante alogênico de medula óssea, desde que observada a legislação vigente sobre o tema e disposições deste instrumento;
- 23) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 24) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 25) Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- 26) Procedimentos não relacionados no rol de procedimentos da ANS vigente na data do evento;
- 27) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
- 28) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 29) Aparelhos ortopédicos;
- 30) fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia, terapia ocupacional e psicologia quando não observados os critérios e ultrapassados os limites previstos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

5.2 Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila de espera e de seleção;

5.3 Os procedimentos de: Acilcarnitinas - Perfil Quantitativo e Qualitativo, Avidéz de IgG para Toxoplasmose, Biópsia Percutânea a Vácuo Guiada por Raio X ou US (Mamotomia), Cirurgia Refrativa (PRK ou LASIK), Citomegalovirus Qualitativo por PCR, Consulta/Sessões com Fonoaudiólogo, Consultas com Nutricionista, Cordotomia - Mielotomia por Radiofrequência, Dímero-D, Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução, Embolização de Artéria Uterina, Galactose 1 - Fosfato Uridiltransferase, Hepatite B - Teste Quantitativo, Hepatite C - Genotipagem, HIV - Genotipagem, Imunofixação para Proteínas, Implante Coclear Unilateral, Implante de Eletrodos ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda, Implante de Eletrodo ou Gerador para Estimulação Medular, Implante Intra-Tecal de Bombas para Infusão de Fármacos, Inibidor dos Fatores da Hemostasia, Microcirurgia a Céu Aberto por Radiofrequência da Zona de Entrada da Raiz Dorsal (Drezotomia - Drez), Mamografia Digital, Oxigenoterapia Hiperbárica, PET-SCAN Oncológico, Succinil Acetona, Teste de Inclinação Ortotática (TILT TEST), Transplante Autólogo de Medula Óssea, Transplante Alogênico de Medula Óssea, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica), Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia), Implante de Cárdio-Desfibrilador Implantável - CDI (inclui eletrodos e gerador), Implante de Marcapasso Multissítio (inclui eletrodos e gerador), Análise Molecular de DNA, Fator V Leiden - Análise de Mutação, Pesquisa de Microdeleções por Fish (Fluorescence in situ Hybridization), Protrombina - Pesquisa de Mutação, Colocação de Banda Gástrica, Dermolipectomia, Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica), Consultas/Sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional, Consultas/Sessões com Terapeuta Ocupacional, Sessão de Psicoterapia e Atendimento/Acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico somente terão cobertura dentro dos limites e critérios estabelecidos nas "Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar", de que trata a Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações.

6. DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, com vigência inicial a contar da data da assinatura do instrumento jurídico, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestarem por escrito, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, sem quaisquer ônus, ficando, todavia, impedido de incluir ou excluir usuários (titulares ou dependentes). Não haverá cobrança de taxas pela renovação contratual.

6.2 Caso a CONTRATANTE solicite ou dê causa à rescisão contratual antes do prazo mínimo de vigência estabelecido neste instrumento, caberá a esta última pagar à CONTRATADA multa rescisória equivalente a 10% (dez por cento) sobre o valor total das parcelas vincendas.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento as carências a seguir especificadas.

7.2 As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, sendo assim especificadas:



G. S. S. U. I. A.

- a) 24 (vinte horas) horas para urgência e emergência;
- b) Isento dias para consultas e exames básicos;
- c) 180 (Cento e oitenta) dias para procedimentos de reabilitação física, fisioterapia e acupuntura;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para direito às internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e cobertura previstas neste contrato;
- h) 300 (Trezentos) dias para partos a termo;
- i) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

7.4 Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento deverá assinar novo contrato e cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de carência para a acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente contratada.

7.5 Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem cumprimento dos prazos de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 (trinta) dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

7.6 Havendo carência, a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 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 operadora poderá oferecer sem nenhum ônus para o beneficiário, cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes (DLP), definidas como 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.

8.2 Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT), aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT.

8.3 Agravo é definido como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

8.4 Caso a operadora 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 CPT ou Agravo.

8.4.1 A declaração de saúde será preenchida pelo beneficiário no momento da contratação.

8.5 É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

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

8.7 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá: a) oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou b) oferecer o Agravo; ou c) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

8.8 Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

8.9 Quando o parto não tiver sido coberto pela CONTRATADA, o recém-nascido a ser incluído neste instrumento será submetido a exame pré admissional e seu responsável deverá optar entre o Agravo e a Cobertura Parcial Temporária, caso o referido seja portador de doença ou lesão preexistente.

8.9.1 Se o parto for coberto pela CONTRATADA, deve-se, portanto entender que a carência de _____ (número por extenso) dias já foi cumprida pelo beneficiário, podendo o mesmo gozar de todos os benefícios da Lei nº 9.656/98.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 Estão cobertos os atendimentos nos casos de:

a) URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

b) EMERGÊNCIA, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração de médico assistente.

9.2 A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten text

ANS - nº 33559-2

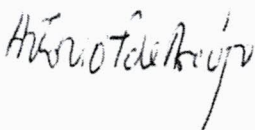
9.3 O atendimento da situação de urgência e emergência será de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

9.4 Nas situações de emergência e urgência é assegurado aos beneficiários:

- a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;
- b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, 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;
- c) garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- d) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;
- e) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;
- f) Garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- g) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;
- h) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.5 Serão observadas as seguintes regras no caso de remoção para unidade SUS:

- a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;
- b) caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a operadora 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;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.



GRUPO

9.6 CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

9.6.1 A CONTRATADA assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas com assistência à saúde efetuadas pelo titular ou dependente, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED NATAL, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.**

9.6.2 O reembolso, que não poderá ser inferior à Tabela dos preços do produto, será efetuado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares praticadas pela CONTRATADA, vigente à data do evento, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

9.6.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, após o qual o usuário deverá, obrigatoriamente, dirigir-se às entidades credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano.

9.6.4 A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO** contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo do CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido e a aposição de digital em local indicado, no momento do atendimento, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento aos seus beneficiários.

10.2 É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.


SIS/010

10.2.1 Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, mesmo que na forma contratada, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários.

10.2.2 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências;

10.3 Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer desses Cartões Individuais de Identificação, o CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou quando for o caso, emissão de segunda via. Para emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, a CONTRATADA se reserva o direito de cobrar uma taxa, nunca superior a 5% (cinco por cento) do salário mínimo vigente na época da solicitação, por unidade.

10.4 O CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.

10.5 O CONTRATANTE deverá notificar a CONTRATADA sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações dos seus documentos sociais, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

10.6 Serão distribuídos ao CONTRATANTE o **Guia Médico**, editados pela CONTRATADA informando a relação de seus prestadores de serviços próprios e credenciados devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas, bem como obedecer as regras que disciplinam o atendimento pelas entidades credenciadas.

10.7 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA, disposta no **Guia Médico** terá suas atualizações feitas periodicamente através do serviço de atendimento e na internet, no site www.unimednatal.com.br, podendo ainda o CONTRATANTE tirar dúvidas sobre informações dos prestadores cadastrados no telefone **0800 084 2323**;

10.8 A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial constante no **Guia Médico**, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/98, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

Handwritten signature

Handwritten signature
G. SILVA

10.9 A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, através de médicos cooperados e serviços credenciados, conforme especificado a seguir:

- a) **Consultas e sessões:** serão atendidos nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos dentre a rede de prestadores;
- b) **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, mediante solicitação do médico cooperado assistente;
- c) **exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante solicitação.

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

10.11 As autorizações serão obtidas na sede da CONTRATADA do qual o beneficiário está vinculado, ou por meio da Central Telefônica da CONTRATADA, com emissão da resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

10.12 Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a CONTRATADA emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

10.13 Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

10.14 A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

10.15 As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente e a guia de internação expedida pela UNIMED NATAL, devendo a internação ser feita no Hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA.

10.16 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

10.17 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

10.18 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente com justificativa.

10.19 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento

Arício de Albuquerque

João Antônio de Brito

G. S. SILVA

ANS - n° 33559-2