

PROPOSTA DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO ADESÃO REGISTRO Nº 434.791.01-9 UNIFLEX ESTADUAL CO-PARTICIPAÇÃO 50% PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - APARTAMENTO									
Razão Social: Unimed Litoral – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda							Registro ANS n.º 30335-6		
Endereço: AV. CEL. MARCOS KONDER						Nº 1233	Bairro: CENTRO		
Cidade: ITAJAI		UF: SC	CEP: 88.301-303			Telefone: 47-3341-4400			
CNPJ: 85.377.174/0001-20			Inscrição Estadual: ISENTA				Fax: 47-3341-4444		
DADOS DO(A) CONTRATANTE									
Ídigo:	Razão Social: SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL Nome Fantasia: SINASEFE								
CNPJ: 03.658.820/0056-37 ✓					Inscrição Estadual:				
E-MAIL: SERGIOSOUZA2010@HOTMAIL.COM					Pessoa de Contato: SERGIO SOUZA				
Endereço: RUA JOAQUIM GARCIA S/N						Bairro: CENTRO			
Cidade: CAMBORIU		UF: SC	CEP: 883400000		Fone: 47-21040800		Fax:		
VALOR DO PLANO POR USUÁRIO (R\$)									
00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou +
R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62	R\$ 148,62
Taxa de Inscrição 20,00									
Vencimento fatura: 20									
Início Vigência: 01/12/2010					Total de Usuários:				
RATEIO DE CUSTOS % - PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO PLANO									
	Empresa		Usuário Titular			Usuário Dependente			
Mensalidade	0%		0%			0%			
Participação	0%		0%			0%			
PLANO ANTERIOR									
() Sim () VD	Unimed () Sim () Não		Data Início:		Data Cancelamento:		Plano:		
() Não () CO	Qual:						N.º Contrato:		
VENDEDOR(A)									
Nome: JUAREZ							N.º 55		

Anexar fotocópia dos documentos previstos na Cláusula Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante.

DECLARAÇÃO: Declaro, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: **recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.**

OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:

Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.

LOCAL E DATA



CONTRATANTE

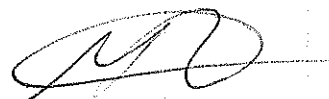


CONTRATADA



TESTEMUNHA

NOME: *SÉRGIO DOS SANTOS SOUZA*
CPF: *572.333.509-59*



TESTEMUNHA

NOME: *MARCEZ A. MATOS*
CPF: *947.714.100-00*

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO Nº.434.791.01-9
UNIFLEX ESTADUAL – CO-PARTICIPAÇÃO 50%
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - APARTAMENTO**

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL

Nome Fantasia: SINASEFE

CNPJ: 03.658.820/0056-37

Endereço: RUA JOAQUIM GARCIA S/N Complemento:
Bairro: CENTRO

Cidade: CAMBORIU UF: SC

b) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Unimed Litoral Cooperativa de Trabalho Médico Ltda

CNPJ: 85.377.174.0001-20 Registro da Operadora na ANS nº 30335-6

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Av. Cel. Marcos Konder, 1233 CEP. 88301-303

Bairro: Centro Cidade: Itajaí/SC

c) NOME COMERCIAL DO PLANO: UNIFLEX ESTADUAL

Nº DO REGISTRO NA ANS: 434.791.01-9

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o Regime de Contratação Coletivo Por Adesão, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as pessoas jurídicas contratantes.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE



A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual, compreende todos os municípios do Estado de Santa Catarina.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato se limita a um único estado: Santa Catarina.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto individual (apartamento *standard*) com banheiro privativo e direito a um acompanhante, incluindo a alimentação conforme dieta geral do hospital.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente entre o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

i) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

j) SERVIÇOS ADICIONAIS

Também estão cobertas pelo contrato as coberturas adicionais, não previstas na Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a saber:

I. TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA.

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência está à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento/Regulação, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.

Parágrafo Primeiro. Além do transporte terrestre de um hospital para outro com maiores recursos, cuja cobertura já está assegurada na cláusula de remoção de seu plano de saúde, o beneficiário poderá requerer o transporte:

- a) aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessário para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no seu contrato de assistência à saúde.
- b) terrestre ou aéreo, nos casos de repatriamento (a recondução do beneficiário para seu estado ou cidade de domicílio) quando necessária a remoção em transporte especializado:
 - b1) de um hospital dentro do Estado de Santa Catarina para outro na cidade em que reside para continuidade do tratamento médico;
 - b2) de um hospital fora do Estado de Santa Catarina, para outro dentro do Estado, para continuidade do tratamento médico;
 - b3) nos casos de alta hospitalar para continuidade em tratamento domiciliar.

Parágrafo Segundo. Para a utilização do serviço, o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada quando da solicitação da remoção diretamente a Central de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A definição quanto à utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da Central de Regulação médica que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições meteorológicas e infra-estrutura aéreo-rodoviária.

Parágrafo Quarto. A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para se certificar de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo e terrestre.

Parágrafo Quinto. O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

Parágrafo Sexto. O transporte e a internação do paciente em um hospital fora da área de ação da UNIMED da qual ele é beneficiário, necessitará de autorização prévia, salvo nos casos de urgência ou emergência.

Parágrafo Sétimo. Estão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

Parágrafo Oitavo. As aeronaves e ambulâncias terrestres UTI não contêm qualquer peça para prótese, mas estão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

Parágrafo Nono. Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, independente de qualquer motivo.

II. FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes, tem direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem exigência de pagamento das mensalidades.

Parágrafo Primeiro. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o beneficiário fosse vivo, conforme definição na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. O direito ao FEA não se efetuará:

- a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem em dia;
- b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) para os beneficiários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;

d) para os beneficiários que, mesmo inscritos na qualidade de beneficiários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo Terceiro. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, segundo regulamento próprio, aqueles regularmente inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão, exceto os definidos como pai, mãe, sogro e sogra.

Parágrafo Quarto. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Quinto. O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência.

Parágrafo Sexto. Os cartões individuais de identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do FEA e a assistência médica hospitalar será prestada pela Unimed do Estado de Santa Catarina, responsável pelo custo assistencial durante o benefício do FEA.

Parágrafo Sétimo. Depois de extintos os benefícios do FEA, os beneficiários dependentes poderão adquirir novo plano da Unimed sediada no local de sua residência, desde que seja no Estado de Santa Catarina.

Parágrafo Oitavo. Os beneficiários terão o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar sua intenção de aquisição do novo plano contado da data da extinção do FEA.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo por adesão se destina as pessoas jurídicas abaixo listadas, que mantém vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com o beneficiário titular:



- a) conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- c) associações profissionais legalmente constituídas;
- d) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- f) entidades previstas na Lei no 7.395/1985 (as Uniões Estaduais dos Estudantes, Diretórios Centrais dos Estudantes) e na Lei nº 7.398/1985 (os Grêmios Estudantis)
- g) outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que **autorizadas** pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - **DIOPE**.

Parágrafo Primeiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
 - Cópia do: contrato social ou estatuto social com a última alteração devidamente registrado no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
- b) Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular, ou seja, o seu vínculo com a CONTRATANTE;
- c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 30 (trinta) beneficiários;
- d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:
 - Contrato e Proposta de Contratação;
 - Carta de Orientação ao Beneficiário;
 - Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;
 - Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
 - Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo (quando for o caso).

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir ou excluir novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros. Também é de responsabilidade da CONTRATANTE informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

Parágrafo Quinto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde as pessoas físicas que mantêm vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica CONTRATANTE, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados.

Parágrafo Primeiro: Também poderão ser inscrito os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
- d) a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial solteiro até 24 anos incompletos;
- e) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- f) os filhos incapazes.

Parágrafo Segundo. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo Terceiro. É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- a) a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
- e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo Quarto. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e
- c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

Parágrafo Quinto. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação da documentação abaixo em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

TITULAR:

- Cópia RG, CPF
- Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone



- Contrato de Locação
- Declaração de endereço
- **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**
 - a) **Conselhos profissionais e entidades de classe:** Carteira de exercício profissional com validade ou documento equivalente, expedido pelo respectivo órgão.
 - b) **Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações, Associações profissionais, Cooperativas, Caixas de Assistência e fundações de direito privado, Entidades Previstas na Lei nº 7.395/1985 e outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:** Documento de Inscrição de Regularidade expedido pelo órgão.

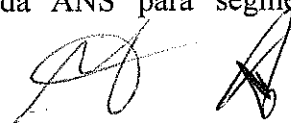
DEPENDENTES:

- **Esposa:** Cópia RG, CPF e Certidão de Casamento;
- **Companheira:** Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 18 anos:** Cópia da Certidão de Nascimento;
- **Filhos a partir de 18 anos:** Cópia do RG e CPF;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Enteados:** Comprovação de convivência do casal;
- **A criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular;

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato e incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- 4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para segmentação



ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

- 5) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- 6) cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**, abaixo listadas:

CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões por ano de contrato, **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**
 - a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
 - b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
 - c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
 - d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
 - e. pacientes com disfagia (CID R13);
 - f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
 - g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disfonia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).
2. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

CONSULTAS COM NUTRICIONISTA

1. Cobertura obrigatória, de até 12 de consultas/sessões, **quando preenchidos todos os seguintes critérios:**
 - a. ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);
 - b. ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);
 - c. ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses;
 - d. ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.
2. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33).

CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 à F 03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 à F 79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

- 7) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**, abaixo listadas:

SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de contrato quando, **preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- f. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

- 8) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

- 9) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:

- a) **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;
 - b) **concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
 - c) **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
 - d) **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;
 - e) **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; e
 - f) **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.
- 10) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
 - c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como segmento ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
 - e) hemoterapia ambulatorial;
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

- 11) participação do médico anesthesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 12) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
- a) 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;
 - b) internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral integrantes da rede própria ou credenciada da Contratada;
 - ✓ ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de co-participação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;
 - ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
 - c) **hospital-dia para transtornos mentais** é o 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 proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
 - d) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**, abaixo listadas:

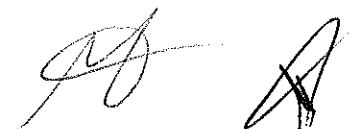
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSQUIÁTRICO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido **pelos menos um dos seguintes critérios**:

- a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
 - b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
 - c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
 - d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
- 13) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da Contratada, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 14) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
- 15) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

- 16) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- 17) exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- 18) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- a) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);
- b) é de responsabilidade do 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 listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- c) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de 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; e
- d) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora;
- 19) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- b) 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 das operadoras de planos de assistência à saúde.
- 20) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 21) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;

- 22) quando se tratar de criança ou adolescente menores de 18 (dezoito) anos, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital;
- 23) conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir do 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital;
- 24) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgicos utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 25) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:
- a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
 - b) a necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião-dentista, que 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.
- 26) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato;
- 27) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento**:
- a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
 - c. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial e hospitalar;



- d. hemoterapia;
 - e. nutrição parenteral ou enteral;
 - f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h. radiologia intervencionista;
 - i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - k. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- 28) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
- 29) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 30) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para parto, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
 - b) assegurada a opção de inscrição do recém nascido, **filho natural ou adotivo** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;
 - c) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;
 - ✓ entende-se como pós-parto imediato as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.
- 31) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

XI. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados — entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo:

- a. despesas assistenciais com doadores vivos;
- b. medicamentos utilizados durante a internação;
- c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

XII. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

32) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

33) transplante alogênico e autólogo de Medula Óssea, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:
 - ✓ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - ✓ cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) 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 da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos abaixo indicados:
 - ✓ pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;
 - ✓ anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;
 - ✓ anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

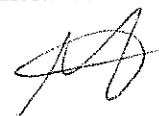
- g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, por estes entendidos aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatorios, clínicas);
- h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismo, guerras e comissões internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- o) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 = Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- p) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- q) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais (conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;
- r) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- s) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.



Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

	CARÊNCIAS
• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
• Fisioterapias	90 dias
• Parto a Termo	300 dias
• Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
• Todas as demais coberturas	180 dias

Parágrafo Primeiro. Ficam isentos do cumprimento dos períodos de carência acima estabelecidos os beneficiários inscritos nos seguintes períodos:

1. **Na contratação** - Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato.
2. **A cada aniversário de contrato** - Os beneficiários titulares que formalizarem o ingresso no plano em até 30 (trinta) dias após o aniversário do contrato, desde que a vinculação a pessoa jurídica contratante tenha sido efetivada dentro do período de 11 (onze) meses que antecedem cada aniversário de contrato. A isenção de carências é extensiva aos dependentes que forem inscritos na mesma data do titular.

Parágrafo Segundo. Os dependentes inscritos após a adesão do titular cumprirão as carências normais previstas no contrato, ressalvados aqueles que se tornaram dependentes após o ingresso do titular, que poderão ser inscritos no próximo aniversário do contrato isentos do cumprimento de carência e os recém nascidos e adotivos inscritos dentro dos prazos previstos na cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Terceiro. Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento e inscrito no plano na condição prevista no parágrafo anterior, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas

as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo Quarto. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o **formulário de Declaração de Saúde**, (um para cada beneficiário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

Parágrafo Primeiro. No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo Segundo. 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.

Parágrafo Terceiro. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma **avaliação médica** por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Quarto. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Quinto. 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, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente a opção do agravo a critério da CONTRATADA:

- a) **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.
- b) **Agravo:** Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação mensal (mensalidade), conforme especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão



preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

Parágrafo Sexto. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo Sétimo. O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

Parágrafo Oitavo. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Parágrafo Nono. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo Décimo. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Primeiro. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano e opcionalmente o agravo. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Segundo. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Terceiro. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e a CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento for necessária realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE tem direito, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, ao reembolso das despesas com assistência à saúde (nos limites das obrigações contratuais), efetuadas pelos beneficiários titular ou dependentes. O valor do reembolso será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo Terceiro. O (a) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta a documentação original relativa às despesas efetuadas (*recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência*). A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor**.

Parágrafo Quarto. A CONTRATADA deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE;** e

- c) quando for necessária realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Quinto. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Sexto. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Sétimo. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Oitavo. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I. Co-Participação

É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

Parágrafo Primeiro. Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de 50% (cinquenta por cento) do custo dos serviços abaixo listados, limitados a um valor máximo de R\$ 87,00 (oitenta e sete reais) por serviço realizado:

- a) consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo Segundo. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 43,50 (quarenta e três reais e cinquenta centavos) por diária efetivamente realizada.

Parágrafo Terceiro. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

II. Cartão De Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

- I. **Consultas:** Os beneficiários são atendidos no consultório dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;
- II. **Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e diretrizes de utilização;
- III. **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e diretrizes de utilização;
- IV. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

- V. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.
- VI. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Segundo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Quinto. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio www.unimed.com.br, sob a indicação de Rede ES02. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".**

Parágrafo Sexto. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- II. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.



IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

Parágrafo Sétimo. Condições diferenciadas de atendimento:

- a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.
- b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
- b) as co-participações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

Parágrafo Quarto. O valor da co-participação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

Parágrafo Quinto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sexto. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo Sétimo. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período.

Parágrafo Primeiro. O Índice de Sinistralidade (proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também são consideradas as despesas não assistenciais da Operadora, bem como, uma margem de capitalização para cobrir as garantias financeiras e reservas obrigatórias atinentes à Operadora.

Parágrafo Segundo. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

Parágrafo Terceiro. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Parágrafo Quarto. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	0,00%
19 A 23	16,00%
24 A 28	14,66%
29 A 33	15,04%
34 A 38	13,07%
39 A 43	12,14%
44 A 48	10,82%
49 A 53	11,63%
54 A 58	16,67%
59 ou +	28,57%

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária, observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

- a. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b. a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- c) quando os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;
- d) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- e) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Terceiro. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 15ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

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, a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

1. por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 60 (sessenta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

1. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;



2. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
3. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
4. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensão, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas a CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do (a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 16ª - CONDIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo, a Declaração de Conhecimento do Plano Referência.

II – INDICAÇÃO DE REDE EM FUNÇÃO DA LIMITAÇÃO DE RECURSOS REGIONAIS

Em razão das limitações de recursos estaduais, o procedimento abaixo relacionado será **realizado exclusiva e necessariamente nos prestadores de serviços abaixo**. A indicação dos prestadores não amplia a área de abrangência geográfica definida no contrato:

Transplante Alogênico e Autólogo de Medula Óssea

- Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Av. Professor Annes Dias, 295, Centro Porto Alegre/RS
(51) 3214-8297 / (51) 3214-8526
- Hospital Erasto Gaertner
Rua Dr. Ovande do Amaral 201, Jardim das Américas Curitiba/PR
(41) 3361-5000

III - SIGILO MÉDICO

Compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

IV - RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

CLÁUSULA 17ª - FORO

Fica eleito o foro do domicílio do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

....., de de

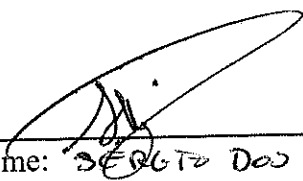


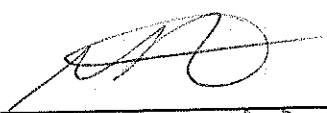
CONTRATADA



CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

1 - 
Nome: BÉRGIO DOS SANTOS SOUZA
CPF: 572.333.965-59

2 - 
Nome: MARCEL A. DAOUIS
CPF: 987.714.500-00

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.....	1
CLÁUSULA 2ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	4
CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	4
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	7
CLÁUSULA 5ª - EXCLUSÃO DE COBERTURA.....	15
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO.....	16
CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	17
CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	18
CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO.....	20
CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	21
CLÁUSULA 11ª - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	24
CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE.....	25
CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA.....	25
CLÁUSULA 14ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS.....	26
CLÁUSULA 15ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL.....	26
CLÁUSULA 16ª - CONDIÇÕES GERAIS.....	27
CLÁUSULA 17ª - FORO.....	28



AD