



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTERIO PUBLICO DO
ESTADO DO CEARÁ - ASSEMPECE

CONTRATO Nº 31.467

ÍNDICE

1.	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	2
2.	QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	2
3.	NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS	2
4.	TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	3
5.	TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	3
6.	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	3
7.	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	3
8.	ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
9.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA	4
10.	COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
11.	EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	12
12.	DURAÇÃO DO CONTRATO.....	14
13.	PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	14
14.	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	16
15.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
16.	ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	21
17.	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
18.	FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADES.....	25
19.	REAJUSTE	
20.	FAIXAS ETÁRIAS	30
21.	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS ...	30
22.	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	31
23.	RESCISÃO ou SUSPENSÃO	31
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	33
25.	ELEIÇÃO DE FORO	35
	GLOSSÁRIO	36



1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. **UNIMED FORTALEZA - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**, CNPJ 05.868.278/0001-07, Registro ANS Nº: 31.714-4, com sede na Av. Santos Dumont, 949, em Fortaleza (CE), CEP: 60.150-160, na qualidade de mandatária dos seus cooperados, conforme disposições estatutárias e da Lei nº 5.764/71 que será considerada **CONTRATADA** para efeito desse contrato.

2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

2.1. Será considerada como **CONTRATANTE** quaisquer das empresas abaixo qualificadas e representadas pelos seus representantes legais constantes no Contrato Social / Estatuto e suas modificações:

Razão Social	ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO CEARÁ - ASSEMPECE
CNPJ	08.418.921/00001-80
Endereço	Rua Solon Pinheiro, nº 983, Bairro José Bonifácio
Cidade	Fortaleza
Estado	Ceará
CEP	60.050-041
Representantes Legais e Qualificação	Francisco Antônio Távora Colares, brasileiro, casado, servidor público, CPF nº 016.836.815-33, Identidade nº 34712502000 SSP-CE.
CNAE	9730800 – Atividades de associações de defesa dos direitos sociais
Natureza Jurídica	399-9 Associação Privada
Inscrição Estadual	Isenta
Inscrição Municipal	isenta
E-mail	contato@assempece.org.br

2.2. Atendendo ao estabelecido na Resolução Normativa nº 117, de 30 de novembro de 2005, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a **CONTRATANTE** deverá encaminhar cópia dos documentos abaixo relacionados no momento da contratação:

- a) Cópia do Contrato Social ou Estatuto e suas alterações;
- b) Cartão do CNPJ.

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 3.1. A CONTRATANTE adere aos planos abaixo descritos, observando rigorosamente os serviços médicos ofertados e a rede credenciada específica da CONTRATADA constante do **Guia Médico do respectivo plano e a formação de preço e os serviços e coberturas explícitos nas cláusulas deste contrato.**

PLANOS	Registro na ANS
MULTIPLAN ENFERMARIA COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%	450.608/04-1
MULTIPLAN APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%	450.609/04-0
UNIPLANO ENFERMARIA COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%	450.605/04-7
UNIPLANO APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%	450.604/04-9

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

- 4.1. O tipo de contratação desse contrato é **COLETIVO POR ADESÃO**, entendendo-se por isso aquele que oferece cobertura da atenção à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação estatutária.

5. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- 5.1. A segmentação assistencial para esse contrato abrange Atendimentos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o rol de Procedimentos por esta editado.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

- 6.1. A CONTRATADA compromete-se a prestar os serviços compreendidos pelo presente instrumento nas respectivas áreas geográficas descritas nesta cláusula e conforme o plano contratado, respeitadas as disposições e limitações contratuais.

PLANOS	ÁREA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO
MULTIPLAN ENFERMARIA E APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%	Nacional
UNIPLANO ENFERMARIA E APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO COM 20%	Estadual – Todos os municípios do Estado do Ceará

7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

- 7.1. De acordo com o plano contratado pela CONTRATANTE, serão oferecidas as seguintes possibilidades de acomodação:

- 7.1.1. **Planos MULTIPLAN Enfermaria com coparticipação de 20% e UNIPLANO Enfermaria com coparticipação de 20%:** acomodação

coletiva na rede credenciada respectiva constante no **Guia Médico** do respectivo plano contratado.

- 7.1.2.** Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados é assegurado ao BENEFICIÁRIO o acesso à acomodação superior sem qualquer ônus adicional, conforme previsto no art. 33, da Lei 9.656/98.
- 7.1.3. Planos MULTIPLAN Apartamento com coparticipação de 20%, UNIPLANO Apartamento com coparticipação de 20%:** acomodação individual e direito a acompanhante na rede credenciada respectiva constante no **Guia Médico** do respectivo plano contratado, de acordo com o estipulado neste contrato.
- 7.1.4. Caso a CONTRATANTE, por seus BENEFICIÁRIOS Titulares e Dependentes, deseje mudar para um plano de padrão superior de acomodação e/ou rede de atendimento ao contratado, deverá previamente negociar a alteração contratual com a CONTRATADA, devendo o(s) beneficiário(s) solicitante(s) permanecer(em) nesta acomodação superior por um período mínimo de 12 (doze) meses.**

8. ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 8.1.** A CONTRATADA pactua, por meio do presente instrumento, com a CONTRATANTE, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde, visando a 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 e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, por intermédio dos profissionais médicos e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, próprios e/ou credenciados da CONTRATADA nos termos das cláusulas e condições ora pactuadas.
- 8.2.** O presente Contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, artigos. 458 a 461, estando também sujeito às disposições do art. 54 do Código de Defesa do Consumidor.

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA

- 9.1. Serão considerados “BENEFICIÁRIOS TITULARES”, para efeito deste contrato, os que obrigatoriamente tenham vínculo devidamente comprovado com as seguintes pessoas jurídicas abaixo relacionada: de caráter profissional, classista ou setorial da CONTRATANTE.**

- Associações e Sindicatos profissionais legalmente constituídos:

- 9.2.** Não serão aceitas as inscrições de BENEFICIÁRIOS que não mantenham vínculo com a CONTRATANTE.
- 9.3.** Deverão ser observadas as condições de exigência de carência e cobertura Parcial Temporária – CPT em cláusula específica deste contrato.
- 9.4.** A PESSOA JURÍDICA acima qualificada será considerada para todos os fins como CONTRATANTE.
- 9.5.** A CONTRATANTE poderá apresentar exclusivamente como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, aqueles que mantenham com o BENEFICIÁRIO TITULAR, uma das seguintes relações:
- a) Cônjuge ou companheiro(a), desde que comprove esta condição legalmente e de forma atualizada, vedada a concorrência entre eles.
 - b) Filhos(as), netos(as), genros, noras, enteados(as), cunhados(as), sobrinhos(as), irmãos(as) até 38 anos, independentes da escolaridade ou estado civil.
 - c) Filhos(as) com invalidez permanente, mediante comprovação de órgão oficial.
 - d) Filhos(as) adotivos(as), enteados(as) e tutelados(as), desde que com a devida comprovação legal até 38 anos, independente do estado civil ou escolaridade, devidamente comprovado.
- 9.6.** A adesão do grupo familiar como dependente dependerá, obrigatoriamente, da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR neste contrato.
- 9.7.** A CONTRATANTE poderá incluir, na condição de dependente, o(a) filho(a) adotivo(a) menor de doze anos de idade do BENEFICIÁRIO adotante, com o aproveitamento de carências já cumpridas por este.
- 9.8.** Firmado o presente instrumento, a CONTRATANTE poderá incluir posteriormente novos dependentes, sujeitos as disposições e aos prazos de carência e CPT previstos neste contrato.
- 9.9.** **A CONTRATANTE obriga-se a fornecer, em até 30 dias corridos da assinatura do presente contrato, relação dos BENEFICIÁRIOS que serão inscritos como titulares e dependentes, com nome e qualificação completa de cada um deles, além dos documentos oficialmente instituídos e comprovação de vínculo associativo do BENEFICIÁRIO TITULAR, sob pena dos demais não serem inscritos. Responsabiliza-se a CONTRATANTE pela relação de dependência dos inscritos, comprovando-a através da apresentação de documentos quando solicitados pela CONTRATADA.**
- 9.9.1.** Nenhuma indicação de dependente terá valor se não constar da proposta de adesão/planilha de movimentação (inclusão, alteração ou exclusão) ou de pedido de inclusão feito pela CONTRATANTE, devidamente aprovado

pela CONTRATADA, dentro das regras e prazos operacionais praticados pela CONTRATADA.

9.9.2. A CONTRATADA poderá solicitar a qualquer momento, após o início da vigência do contrato, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo associativo, a relação de dependência entre o associado e seus dependentes e outros que se façam necessários para a correta comprovação e atendimento as normas vigentes.

a) Sendo constatadas divergências em relação às informações inicialmente fornecidas, a CONTRATANTE será responsável pelo pagamento integral de todos os atendimentos realizados aos beneficiários inscritos indevidamente, acrescidas de despesas administrativas.

b) Independente do pagamento das despesas havidas com o atendimento indevido, a CONTRATADA poderá ainda, providenciar a imediata exclusão do beneficiário titular e os respectivos dependentes, motivada por fraude nas informações fornecidas na contratação.

9.10. O(s) DEPENDENTE(s) não incluído(s) no contrato até o prazo de 30 (trinta) dias corridos da data da assinatura do contrato, poderá(ão) pleitear o seu ingresso no plano, mediante pedido escrito feito pela CONTRATANTE endereçado a CONTRATADA, submetendo-se a todas as exigências da inclusão. Se o pedido for aceito, o(s) interessado(s) se submeterá(ão) ao cumprimento das carências, CPT, direitos e deveres previstos neste contrato e normativos em vigor.

9.11. Para a cobertura obstétrica no plano do BENEFICIÁRIO fica assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo deste, na condição de dependente, isento do cumprimento de carências e DLP, desde que cumprida no plano do BENEFICIÁRIO a carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo e a inscrição seja efetuada por escrito até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção definitiva, observando as condições de carências estipuladas nesse contrato e normativos em vigor. Transcorrido este prazo, o dependente cumprirá os prazos de carência contratuais.

9.12. A CONTRATADA, às suas expensas, reserva-se o direito de convocar e encaminhar para exame médico o BENEFICIÁRIO (titular ou dependente), que apresentar um índice de utilização dos recursos disponíveis na área de terapia e diagnose acima das expectativas normalmente observadas na rotina médica.

9.13. Os direitos e/ou obrigações contratuais do BENEFICIÁRIO DEPENDENTE são acessórios aos do BENEFICIÁRIO TITULAR, de forma que extinta a relação entre este e a CONTRATANTE, extinguir-se-á também o direito daqueles, independente do prazo de inclusão.

9.14. A CONTRATANTE se obriga a fornecer à CONTRATADA na adesão inicial ou a qualquer momento os documentos listados abaixo que comprovem o grau de parentesco, bem como o vínculo empregatício, societário ou contratual de forma

atualizada, além dos dados exigidos pelos Órgãos Governamentais competentes:

- a) Associado, sindicalizado ou filiado: documento de identidade RG/CPF e ficha de registro que comprove o vínculo de elegibilidade ou documento assemelhado;
- b) Esposa(o): certidão de casamento;
- c) Companheira (o): escritura pública de união estável ou certidão de nascimento de filhos em comum ou Cópia da Declaração de IR atualizada entregue a Receita Federal, além de outros documentos diversos dos citados anteriormente, indicados pela UNIMED, que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável;
- d) Filhos, netos, genros, noras, enteados, cunhados, sobrinhos e irmãos com até 38 anos (trinta e oito anos completos): Certidão de Nascimento ou documento de identidade ou documento que comprove o grau de parentesco do dependente;
- i) Filhos adotivos: Termo de Adoção;
- j) Enteados: Certidão de Nascimento do enteado e Certidão de Casamento ou de União Estável do beneficiário titular;
- l) Menor sob Tutela: Termo de Guarda Judicial.

9.14.1. Para todos que aderirem ao contrato, será obrigatório o fornecimento de cópia do CPF e documento de identidade, além da informação do endereço residencial atualizado de cada BENEFICIÁRIO TITULAR.

10. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 10.1.** A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências, segmentação, abrangência, condições e rede credenciada previamente estabelecidos para o plano contratado, relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de Alta Complexidade – PAC, observando-se as Diretrizes Clínicas e de Utilização, dentre outros normativos da ANS vigente à época do evento.
- 10.2. Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.**
- 10.3.** A CONTRATADA poderá, por intermédio de seus médicos auditores, conforme previsto na Resolução nº.1.614/2001 do Conselho Federal de Medicina, solicitar do médico assistente esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.
- 10.4.** O plano contratado terá cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, pelos seguintes procedimentos: consultas de aconselhamento; atividades educacionais para planejamento familiar; Sulfato de

Dehidroepiandrosterona (SDHEA); e, fornecimento e implante de dispositivo intra-uterino hormonal (DIU).

- 10.5.** A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- 10.6.** O atendimento dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida para o plano contratado dentro da rede própria ou credenciada da CONTRATADA está assegurado independentemente do local de origem do evento.
- 10.7.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes coberturas:
- a) Consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico credenciado ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
 - c) Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente credenciado.
 - d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados por psicólogo ou por psiquiatra, conforme indicação do médico assistente credenciado.
 - e) Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente 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 credenciado;
 - f) Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:
 - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - radioterapia ambulatorial;
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
 - g) O tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:
 - atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou

para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

- psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato, não cumulativas;
- tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico credenciado.

10.8. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos e suas atualizações, em regime de internação e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- a) Internações hospitalares, 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;
- b) Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente credenciado;
- c) Diária de internação hospitalar, na acomodação contratada;
- d) Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- e) 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 credenciado, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- f) Toda e qualquer taxa e materiais utilizados que estejam devidamente contratados com o prestador;
- g) Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato para o plano contratado, em território brasileiro;
- h) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente credenciado, nas mesmas condições da cobertura do plano contratado, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- i) Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos,

gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

- j) 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 pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- k) Cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar e prescritos pelo médico assistente credenciado e desde que descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, abaixo listados:
- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente credenciado, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
 - radioterapia;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral e enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações;
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de fisioterapia;
- l) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- m) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n) Órteses e próteses nacionais e/ou importadas nacionalizadas e desde que registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- o) O tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, compreendendo:
- O custeio integral, de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em

unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

- O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do BENEFICIÁRIO de 50 % (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- O custeio integral, de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, contínuos ou não, 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;
- O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, 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, com coparticipação do BENEFICIÁRIO de 50 % (cinquenta por cento) 70% (setenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas
- Cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

- p) Cobertura de transplantes de Rins e Córneas e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- q) Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes de Rins e Córneas e dos transplantes autólogos acima previstos, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, tais como: despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-cirúrgico imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;
- r) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, a critério do médico assistente credenciado;
- s) Cobertura de complicações decorrentes de procedimentos médicos e cirúrgicos, incluindo aqueles com fins estéticos, não originalmente cobertos e/ou realizados pelo plano, mas desde que previstos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a

Saúde, da Organização Mundial de Saúde, as quais serão consideradas como doenças e lesões preexistentes cabendo imputação de CPT.

- 10.9.** O BENEFICIÁRIO candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, observando-se ainda as condições previstas em norma publicada pela ANS
- 10.10.** A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.
- 10.11.** As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - Portaria GM n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde - que dispõe quanto a forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante -SNT.
- 10.12.** É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
- Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
 - Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- 10.13.** O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura em unidade hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Ficam expressamente excluídos da cobertura assistencial prevista neste contrato:

- **Tratamentos clínico ou cirúrgico experimental, assim definidos pelo Conselho Federal de Medicina;**
- **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- **Inseminação artificial;**
- **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;**

- Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar (*home care*);
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Atendimento em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, SPAs, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos em internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Consultas domiciliares;
- Aviamento de óculos e lentes de qualquer natureza;
- Remoção de pacientes fora da área geográfica de abrangência do plano contratado;
- Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do BENEFICIÁRIO, sem imperativo de ordem médica;
- Transplantes, exceto rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados como tratamento de complicações, mas como parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATANTE;
- Permanência hospitalar após a alta médica ou hospitalar;
- Medicamentos de uso domiciliar;
- Despesas extraordinárias do beneficiário e/ou de acompanhante, em casos de internação hospitalar, como telefone, petiscos, biscoitos, refrigerantes, bebidas alcoólicas, doces, artigos de toalete, jornais, revistas, etc.;
- Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicoterapia, acima do número de sessões previstas na regulamentação da ANS;
- Cirurgia de miopia ou astigmatismo fora da previsão do Rol de Procedimentos da ANS;
- Cirurgias para mudança de sexo;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de geográfica de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciadas a CONTRATADA, 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;
- Tratamentos, exames e/ou cirurgias em hospitais de alto custo (vide glossário), não credenciados da CONTRATADA;

- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
- Serviços, exames e tratamentos não previstos no Rol de Procedimentos aprovado pela ANS, e suas atualizações.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

- 12.1.** O presente Contrato terá a duração mínima de 12 (doze) meses e vigência a partir do dia **01 de fevereiro de 2019**.
- 12.2.** A vigência fica definida como sendo o período iniciando no dia primeiro de cada mês e terminando no último dia de cada mês.
- 12.3.** Transcorrido o primeiro período de 12 meses e não havendo manifestação da CONTRATANTE com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, este contrato será automaticamente renovado por período indeterminado, não incidindo cobrança de taxas no ato da renovação contratual.

13. PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 13.1.** Para inclusões realizadas com o grupo de no mínimo 30(trinta) vidas não será exigido o cumprimento de carência.

Prazo para Aquisição do Direito de Uso	Assistências Médico-hospitalar Cobertas
24 horas	Pronto-atendimento nos casos de urgência e/ou emergência, exclusivamente nas primeiras 12 horas ambulatoriais, exceto para os atendimentos decorrentes de acidente pessoal que não se submetem à aludida limitação do tempo, conforme regulamentação da ANS.
30 dias	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas eletivas; - Exames complementares simples (laboratoriais e radiológicos)
90 dias	Para os seguintes exames: <ul style="list-style-type: none"> - Ultra-sonografia; - Fisioterapia; - Ecocardiografia; - Testes ergométricos; - Prova de Holter; - Cintilografia; - Fonoaudiologia

Prazo para Aquisição do Direito de Uso	Assistências Médico-hospitalar Cobertas
180 dias	<ul style="list-style-type: none"> - Tomografia computadorizada; - Ressonância magnética; - Hemodinâmicas; - Diatermia; - Litotripsia; - Quimioterapia; - Radioterapia; - Diálise e hemodiálise; - Acupuntura; - Cirurgias ambulatoriais; - Internações clínicas e cirúrgicas; - 30 dias de internação para transtornos psiquiátricos em situação de crise e até 15 dias para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência por alcoolismo ou outras formas de dependência química; - Tratamento em regime de hospital-dia de até 8 semanas anuais, além do disposto no item imediatamente anterior, para transtornos psiquiátricos referentes aos diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, conforme indicação médica.
300 dias	- Parto a termo
730 dias	- Doenças ou leões pré - existentes

13.2. Haverá carência de 180 dias nos casos de mudanças para padrão superior de acomodação e/ou rede credenciada por migração para plano de padrão superior, conforme legislação em vigor.

13.3. Não se transmitirão, sob nenhuma hipótese, os prazos de carência já cumpridos por um BENEFICIÁRIO para outro, mesmo que haja dependência entre eles, exceto no caso de recém-nascido filho do TITULAR.

13.4. Em conformidade com os normativos da ANS, não haverá exigência do cumprimento de carências para o tipo de contratação coletiva por adesão desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração desse contrato.

13.4.1. A cada aniversário desse contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem cumprimento de carência, desde que cumulativamente:

- a) O beneficiário tenha se vinculado á CONTRATANTE (novos associados) após o transcurso do prazo definido no parágrafo anterior;

b) A proposta de adesão /planilha de movimentação seja formalizada em até 30 (trinta) dias da data de cada aniversário do contrato.

- 13.5.** Após transcorridos os prazos acima definidos, as inclusões de beneficiários serão condicionadas ao cumprimento das carências estipuladas neste contrato.
- 13.6.** Nos casos de Doenças e Lesões preexistentes, a CONTRATADA poderá exigir o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária quando da inclusão de beneficiários.
- 13.7.** Durante a vigência da contratação, caso o número de beneficiários deste contrato venha ficar menor do que 30(trinta) será exigido o cumprimento das condições de carência acima expostas e de cobertura parcial temporária para os novos BENEFICIÁRIOS (titulares e dependentes).

14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 14.1.** Entende-se por Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), aquelas doenças e/ou lesões que o BENEFICIÁRIO e/ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, até o momento da contratação do plano de saúde, compreendo, também, por exemplo, cirurgias, tratamentos, uso de medicamentos contínuos, já realizados e/ou em uso, dentre outros.
- 14.2.** O BENEFICIÁRIO, obrigatoriamente, se submeterá a uma entrevista qualificada, de acordo com as condições deste contrato e normativos em vigor, cujo objetivo é orientar 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, sob pena de, havendo recusa injustificada, não efetivar a inclusão do BENEFICIÁRIO no plano.
- 14.3.** No caso do BENEFICIÁRIO ser portador de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT) de acordo com as condições deste contrato, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, e de procedimentos de alta complexidade, especificados no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS disponível no site www.ans.gov.br, relativos a doenças e/ou lesões preexistentes pelo prazo máximo de 24 meses.
- 14.4.** Ficam os BENEFICIÁRIOS obrigados, de acordo com as condições deste contrato, a informar à CONTRATADA, por ocasião da entrevista qualificada, a condição sabida de doença e/ou lesões preexistentes, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à denúncia do contrato, nos termos do artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98, mediante

instauração do competente processo para apuração junto à ANS, sem prejuízo de demais medidas judiciais cabíveis.

- 14.5.** Para orientar o BENEFICIÁRIO no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde, nos casos previstos neste contrato, a CONTRATADA disponibilizará médicos, sem quaisquer ônus financeiros e, caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o pagamento das despesas decorrentes dessa entrevista.
- 14.6.** A CONTRATADA poderá, de acordo com as condições deste contrato, comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 meses previsto no artigo 11, da Lei 9.656/98, podendo a omissão desta informação ser caracterizada como fraude.
- 14.7.** À CONTRATADA, caberá o ônus da prova.
- 14.8.** A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.
- 14.9.** Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o BENEFICIÁRIO terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA.
- 14.10.** Caso o BENEFICIÁRIO não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 14.11.** Se solicitada pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 14.12.** Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente.
- 14.13.** Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS, exceto para aquelas já previamente declaradas ou detectadas como Doenças e/ou Lesões Preexistentes, em que o BENEFICIÁRIO estará na Cobertura Parcial Temporária.
- 14.14.** Sendo constatada pela CONTRATADA, por perícia ou na entrevista qualificada, de acordo com as condições deste contrato, a existência de transtorno psiquiátrico por uso de substâncias químicas, que necessite de internação hospitalar, ligadas a leitos de tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será oferecida Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo prazo de 24 meses.

15. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 15.1. Entende-se por Emergência, casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 15.2. São considerados casos de Urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional sem representar risco de vida iminente.
- 15.3. A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção inter-hospitalar para uma unidade da rede do plano ou para o SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente credenciado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO ou pela necessidade de internação.
- 15.4. Nos casos de urgência e emergência, **depois de cumprido o período de carência de 24 horas**, os BENEFICIÁRIOS poderão ser atendidos diretamente junto aos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA, na modalidade prevista neste contrato e conforme previsto nos normativos da ANS, devendo, para tanto, identificarem-se devidamente como BENEFICIÁRIOS e apresentarem a respectiva carteira de identificação do plano adquirido, **ressalvadas as condições previstas nos itens 15.5 e 15.6, a seguir:**
- 15.5. **Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de complicações inerentes à condição gestacional, ainda estando a BENEFICIÁRIA em período de carência, mesmo que vinculado a plano sem cobertura obstétrica, será assegurado o atendimento ambulatorial, limitado as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, a cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.**
- 15.6. **Quando o atendimento de urgência e emergência implicar a realização de intervenções cirúrgicas, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, no decorrer do período de carência ou da Cobertura Parcial Temporária de doenças ou lesões preexistentes, quando aplicáveis, a cobertura disponibilizada estará limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, igual àquela fixada para o plano do segmento exclusivamente ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.**

- 15.7. O atendimento de urgência, nos casos que decorram exclusivamente de **acidente pessoal**, será garantido, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- 15.8. Após o cumprimento das carências previstas neste contrato, 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.
- 15.9. Quando o BENEFICIÁRIO estiver em trânsito no território nacional, e ocorrerem casos de urgência e emergência, o mesmo deverá procurar atendimento dentro do Sistema UNIMED, orientando-se da rede credenciada disponível da CONTRATADA naquela localidade, excetuando-se os hospitais de alto custo (tabela própria).
- 15.10. 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-credenciado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao BENEFICIÁRIO.
- 15.11. Garantia de remoção do BENEFICIÁRIO para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do BENEFICIÁRIO ainda estar cumprindo carência para o período de internação.
- 15.12. Nos casos de CPT, sendo necessária a continuidade do tratamento, ou sendo necessária internação hospitalar, eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, mesmo que em tempo menor que 12 (doze) horas, o BENEFICIÁRIO terá direito à remoção para uma unidade hospitalar credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO.
- 15.13. Nos casos previstos neste item, 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 CONTRATADA, desse ônus.
- 15.14. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o BENEFICIÁRIO quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 15.15. Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade

diferente, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

- 15.16.** Nos casos de urgência e emergência quando ficar comprovada a não possibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, conforme artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98, o BENEFICIÁRIO terá direito ao pedido de reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela CONTRATADA aos serviços prestados, tendo como base a Tabela Hospitalar Referência da CONTRATADA para atribuições de valores a despesas hospitalares e Tabela da Associação Médica Brasileira para consultas, exames, procedimentos e honorários médicos de acordo com a Unidade de Trabalho - UT e outros índices vigentes.
- 15.17.** Os medicamentos serão reembolsados de acordo com a Revista Brasíndice, na rubrica “preço fábrica”, e os materiais de acordo com a tabela Unimed Fortaleza, que são os preços praticados junto à rede de atendimento da CONTRATADA. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsados pelo menor valor das cotações realizadas pela CONTRATADA, mediante apresentação da nota fiscal competente.
- 15.18.** O valor a ser reembolsado, nos casos de urgência e emergência, será o da relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede assistencial credenciada do plano contratado.
- 15.19.** **Não são passíveis de reembolso: quaisquer procedimentos, materiais, medicamentos, tratamentos, serviços e demais expressamente excluídos da cobertura assistencial prevista neste contrato; despesas de procedimentos e honorários médicos advindos da utilização de Hospitais de Alto Custo (Tabela Própria); procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; alimentação de acompanhante (exceto para idosos maiores de 60 anos, crianças e adolescentes menores de 18 anos e portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente); acomodação diferente do contratado; despesas com serviços extraordinários, tais como: telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, jornais, revistas, alimentação diversa da prescrita pelo médico assistente, etc.**
- 15.20.** Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como próprio do plano hospitalar ou, como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da CONTRATADA.
- 15.21.** O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras) e relação dos materiais e medicamentos consumidos, com os respectivos recibos e notas fiscais;
- c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) Os comprovantes originais, relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o Beneficiário.

15.22. O BENEFICIÁRIO terá o prazo prescricional de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de não ter mais direito legal ao reembolso.

16. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

16.1. O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se à rede credenciada da CONTRATADA para utilização dos serviços conforme este contrato e plano contratado.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 17.1.** Nos casos admitidos pela legislação pertinente, inclusive em tratamento de transtornos psiquiátricos, a CONTRATADA poderá estabelecer mecanismos de regulação.
- 17.2.** De acordo com o plano contratado pela CONTRATANTE, a CONTRATADA aplicará o mecanismo de coparticipação que corresponderá a um percentual de participação financeira da CONTRATANTE sobre as despesas geradas pelas consultas médicas e exames, **no percentual de 20% (vinte por cento) conforme especificado na proposta de adesão**, que é parte integrante deste contrato, e de acordo com tabela praticada pela CONTRATADA com seus prestadores.
- 17.3.** A CONTRATADA poderá se utilizar de diretrizes ou protocolos médicos quando estes documentos tiverem sido elaborados conjuntamente pelas Sociedades Brasileiras de Especialidades e pela Associação Médica Brasileira – AMB, conforme previsto na Resolução 1642/2002, do Conselho Federal de Medicina.
- 17.4.** Quando da autorização e/ou pedido de internação para procedimentos de alta complexidade e/ou custo, a CONTRATADA poderá se utilizar de Direcionamento ou Referenciamento ou Hierarquização de Acesso preferencialmente para sua rede própria.

- 17.5.** Quando aplicada, conforme o plano contratado, a coparticipação, esta será cobrada posteriormente à realização de consultas médicas e exames num prazo médio de 60 dias juntamente com a fatura mensal. Em caso de cancelamento do plano contratado, serão apurados e cobrados pela CONTRATADA eventuais valores de coparticipação sobre consultas médicas e exames a CONTRATANTE, estando esta, desde já, ciente desta sua obrigação.
- 17.6.** A coparticipação de 20%, quando aplicada, não será cobrada sobre valores referentes às internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias ambulatoriais, fisioterapias, quimioterapias, radioterapias e hemodiálise, inclusive sobre consultas e exames realizados e ligados à internação do BENEFICIÁRIO, com exceção das internações específicas em saúde mental.
- 17.7.** Para fins de atendimento a CONTRATADA expedirá cartão de identificação aos BENEFICIÁRIOS, contendo as informações necessárias para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos serviços disponibilizados neste contrato, podendo-se fazer ainda uso da biometria.
- 17.8. 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, não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos vigente e no respectivo plano contratado.**
- 17.9.** Os serviços e outros atendimentos objetos da contratação serão prestados, dentro das regras operacionais da CONTRATADA, quando for o caso, mediante sua autorização prévia, somente aos BENEFICIÁRIOS inscritos e devidamente identificados, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento.
- 17.10.** A CONTRATADA disponibilizará à CONTRATANTE, no ato da adesão a este contrato:
- a) GUIA MÉDICO, que relaciona os médicos credenciados, bem como clínicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços de urgência e emergência, hospitais e laboratórios credenciados da CONTRATADA (com os respectivos endereços e telefones), dentro da área de abrangência geográfica, de acordo com o plano contratado pelo BENEFICIÁRIO, disponibilizado também na central de atendimento ao cliente (CAC) e na internet;
 - b) Via do presente contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e, posteriormente, cartão magnético UNIMED, acompanhado do Guia de Leitura Contratual (GLC).
- 17.11.** Cumpridos previamente os requisitos legais e contratuais, bem como a devida identificação exigida pela CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO e seu(s)

dependente(s), se houver, deverá(ão) assim proceder para efetivação do atendimento objeto do presente contrato:

- a) **CONSULTA:** O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se ao consultório do médico credenciado pela CONTRATADA, cujos dados estejam disponibilizados no Guia Médico atualizado específico da rede de atendimento do plano contratado, munido do seu cartão magnético UNIMED e documento de identidade legalmente reconhecido.
- b) **EXAME:** O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se ao laboratório, estabelecimento de serviço radiológico ou clínica, dentre os próprios ou credenciados da CONTRATADA para este plano, munido da requisição de exame expedida pelo médico credenciado e, caso necessário, autorização prévia para realização do exame, cartão magnético UNIMED e documento de identidade legalmente reconhecido.
- c) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se ao estabelecimento dentre os próprios/credenciados da CONTRATADA para este plano, munido, caso necessário, de autorização prévia, cartão magnético Unimed e documento de identidade legalmente reconhecido.
- d) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** O BENEFICIÁRIO deverá encaminhar o Pedido de Internação, devidamente preenchido pelo médico credenciado pela CONTRATADA para este plano, para as centrais de atendimento da CONTRATADA, juntamente com o cartão magnético UNIMED e documento de identidade legalmente reconhecido.
- e) Após a conferência dos referidos documentos, a constatação da situação regular do BENEFICIÁRIO e a entrevista/exame inicial procedido pela CONTRATADA, esta, se comprovada a necessidade, emitirá e entregará à CONTRATANTE a Guia de Internação a ser apresentada no ato de sua internação em estabelecimento credenciado da CONTRATADA. A Guia de Internação será fornecida por período limitado, prorrogável mediante justificativa escrita do médico assistente.
- f) Nos casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá ser internado em estabelecimento hospitalar credenciado da CONTRATADA para este plano, munido do seu cartão magnético UNIMED e documento de identidade legalmente reconhecido. O hospital deverá encaminhar o Pedido de Internação, devidamente preenchido pelo médico, para a central de atendimento da CONTRATADA.

17.12. ATENDIMENTO COM CARTÃO MAGNÉTICO E/OU SISTEMA ELETRÔNICO: A CONTRATADA utilizará sistemas eletrônicos ou automatizados para atendimento da CONTRATANTE, caso em que os registros e documentos gerados por tais sistemas automatizados servirão como meio de identificação ou de prova das instruções recebidas ou dos serviços prestados, produzindo os mesmos efeitos legais e tendo o mesmo valor probatório dos documentos com assinatura original.

17.13. SERVIÇO DE INFORMAÇÕES AO BENEFICIÁRIO: Através deste serviço, a CONTRATADA prestará informações (por telefone ou pessoalmente) e tomará as devidas providências, buscando solucionar eventuais dúvidas com o presente contrato.

- 17.14. BENEFICIÁRIO EM TRÂNSITO:** O BENEFICIÁRIO em trânsito em cidade brasileira, onde exista cooperativa médica do Sistema UNIMED em funcionamento, terá direito ao atendimento contratual de acordo com as condições do plano contratado, devendo para tanto se utilizar da rede credenciada da CONTRATADA, excetuando-se os hospitais de alto custo.
- 17.15. ITENS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:** O BENEFICIÁRIO deverá previamente se dirigir às centrais de atendimento da CONTRATADA para solicitar autorização prévia para os casos onde determinado serviço de cobertura assistencial dependa de tal autorização para sua execução, levando-se em conta parâmetros como custo, complexidade e frequência de tais serviços.
- 17.16.** Não estarão sujeitos à autorização prévia da CONTRATADA, as consultas médicas e exames laboratoriais de patologia clínica considerados simples e de rotina.
- 17.17.** A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.
- 17.18.** Os BENEFICIÁRIOS terão direito a tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou por cirurgião dentista, em impresso apropriado, mediante autorização prévia, que será obtida na sede ou escritórios regionais da CONTRATADA, no horário comercial e serão realizados nos consultórios, clínicas e hospitais credenciados pela CONTRATADA.
- 17.19.** Para a utilização dos serviços disponibilizados por meio do presente contrato, estando o BENEFICIÁRIO fora da área de abrangência territorial da CONTRATADA, será solicitada autorização prévia, por meio da Unimed do local em que se encontre o BENEFICIÁRIO, através do sistema de intercâmbio Unimed.
- 17.20.** A responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste contrato, ficando sob a responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.
- 17.21.** Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo BENEFICIÁRIO, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais terá a CONTRATADA, quando entender necessário, através de seu corpo de médicos auditores, direito a que os documentos e o referido BENEFICIÁRIO seja

submetido a avaliação prévia. Esta análise será realizada no máximo de 01 (um) dia útil, contado da solicitação da autorização.

- 17.22.** Nas hipóteses de urgência ou emergência, desde que cumpridas as carências, o BENEFICIÁRIO terá o direito a internação imediata na rede credenciada da CONTRATADA, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela CONTRATADA, até 02 (dois) dias úteis seguintes ao da hospitalização, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.
- 17.23.** Quando houver necessidade de internação, esta se fará somente nos hospitais credenciados pela CONTRATADA, ou disponibilizados pela CONTRATADA do local onde se dê o atendimento, segundo a cobertura disponibilizada neste contrato, após pertinente comunicação, avaliação e análise para expressa autorização ou não dos procedimentos pela CONTRATADA.
- 17.24.** A CONTRATADA se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, na medida dos limites da cobertura contratada. Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente com o médico, por mera liberalidade do BENEFICIÁRIO, e que tenha sido formulado fora da cobertura contratual, será de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE.
- 17.25.** A CONTRATADA poderá efetuar a substituição da entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e a 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.
- 17.26.** 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.
- 17.27.** Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento 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.
- 17.28.** Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

18. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADES

- 18.1.** A CONTRATANTE pagará por este contrato um valor mensal, pré- estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os custos dos serviços disponibilizados aos beneficiários, a estimativa da frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos excluídos, os prazos de carência, os limites de coberturas asseguradas no ato da contratação, a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico

e demais parâmetros atuariais, respeitadas as diversas faixas etárias e sua proporção no preço global.

- 18.2.** A CONTRATANTE se obriga a pagar mensal e pontualmente à CONTRATADA, por si e, se houver, por cada um de seus beneficiários inscritos neste contrato, o valor da fatura mensal, incluindo nesta a totalidade das mensalidades, de acordo com a(s) tabela(s) de preço abaixo e faixas etárias previstas, com os reajustes anuais sofridos, bem como, as despesas de coparticipação se houver.

COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%				
FAIXA ETÁRIA	MULTIPLAN		UNIPLANO	
	ENFER. (R\$)	APTO.(R\$)	ENFER.(R\$)	APTO. (R\$)
00 – 18	219,87	307,64	180,54	248,20
19 – 23	252,84	353,77	207,59	285,41
24 – 28	290,80	406,91	238,78	328,27
29 – 33	334,39	467,90	274,57	377,49
34 – 38	367,79	514,66	302,00	415,20
39 – 43	423,00	591,90	347,32	477,51
44 – 48	538,66	753,73	442,28	608,06
49 – 53	716,35	1002,39	588,19	808,66
54 – 58	952,72	1333,19	782,29	1.075,53
59 ou mais	1318,96	1845,66	1.083,01	1.488,95

- 18.3.** CONTRATADA efetuará mensalmente, em fatura, a dedução do valor pertinente aos tributos incidentes sobre o total do faturamento deste contrato, conforme legislação em vigor.
- 18.4.** A CONTRATADA enviará à CONTRATANTE, no endereço por ele fornecido, fatura ou outro documento de cobrança para pagamento mensal na data por ele estipulada. **O não recebimento pela CONTRATANTE da fatura ou documento de cobrança não a eximirá de pagar pontualmente sua mensalidade, a ela cabendo contatar prontamente a CONTRATADA para regularizar sua situação.**
- 18.5.** O vencimento das mensalidades será no dia **15 (Quinze)** de cada mês devendo ser observada a data de início de vigência do presente contrato para os futuros reajustes das mensalidades.
- 18.6.** Nenhum pagamento será reconhecido pela CONTRATADA se o seu comprovante não estiver devidamente autenticado por ela, ou por quem for designado para esse fim.

- 18.7.** Se a CONTRATANTE não cumprir a obrigação de pagar a mensalidade e, nos casos de planos com coparticipação, o valor da coparticipação, na data de seu vencimento, **serão cobrados juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado**, podendo, ainda, ter seu plano suspenso e/ou cancelado, de acordo com o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/98 e, ainda, ter seu nome inserido nos cadastros de proteção ao crédito
- 18.8.** Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária para os novos beneficiários e aqueles já vinculados ao contrato.
- 18.9.** O critério para determinação do preço único é a média ponderada considerando os preços e número de beneficiários definidos nas respectivas faixas etárias.

19. REAJUTES

- 19.1.** Fica convencionado entre as partes que, a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento e observando a data de aniversário deste, será aplicado ao valor da mensalidade/tabela de preços o percentual negociado de reajuste de acordo com a quantidade de beneficiários vinculados, apurada na data de aniversário deste contrato, considerando todos os planos contratados, de acordo com os normativos da ANS conforme abaixo:

19.1.1. CONTRATO COM MAIS DE 29 BENEFICIÁRIOS VINCULADOS – QUANTIDADE APURADA NO ANIVERSÁRIO DO CONTRATO

O percentual a ser aplicado será o necessário à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, de acordo com a **sinistralidade** do contrato, variação dos custos dos serviços médico-hospitalares, dos preços dos insumos, da prestação dos serviços e dos custos administrativos (planilha de custos), independentemente de eventuais reenquadramentos de valores por faixa etária, conforme normas da ANS vigente no período de aplicação do reajuste. Referido percentual e critério de reajuste serão usados para reajustar também o limitador da coparticipação, quando houver, de acordo com o plano adquirido.

- 19.1.1.1.** O componente do reajuste referente a **sinistralidade** é calculado pela seguinte equação:

$$\text{Sinistralidade} = (\text{Custo Assistencial} - \text{Valor da Coparticipação}) / \text{Receitas de Mensalidades}$$

Onde:

Custo Assistencial: compreende todos os valores referentes aos procedimentos assistenciais utilizados

pelos beneficiários, inclusive na forma de ressarcimento ao SUS

Valor da Coparticipação: aplicável para os planos com coparticipação e compreende o percentual sobre o valor do custo assistencial definido na tabela de preços respeitando o limitador quando aplicado

Receitas de Mensalidades: compreendem os valores pagos referentes ao serviço de assistência saúde não incluindo o valor da coparticipação

19.1.2. CONTRATO COM ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS VINCULADOS – QUANTIDADE APURADA NO ANIVERSÁRIO DO CONTRATO

Conforme normativos da ANS, caso a quantidade de beneficiários vinculados a este contrato, apurada na data de aniversário do mesmo e considerando todos os planos contratados, seja igual ou menor do que 29, o reajuste anual passa a ser aplicado conforme percentual obtido pela equação abaixo, tendo como base de cálculo o agrupamento de todos os contratos da Unimed Fortaleza que possuam igual condição de quantidade de beneficiários (até 29 beneficiários):

$$R = [(1 + RTecnico) \times (1 + RFinanceiro)]$$

Onde:

- **RTecnico:** corresponde ao reajuste técnico que objetiva recuperar a sinistralidade meta desejada. Deverá refletir a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período, através da seguinte fórmula:

$$RTecnico = \left[\frac{ISPR + z_{\alpha} \cdot \left(\frac{\sigma_{ISPR}}{\sqrt{n}} \right)}{ISM} \right] - 1$$

Onde:

ISPR = índice de Sinistralidade do agrupamento de contratos no período

ISM = **índice de Sinistralidade Meta de 64,00%**

$z_{\alpha} = 1,04$ (distribuição normal padronizada $N(0,1)$ para o nível de significância α de 15%)

σ_{ISPR} = desvio padrão da ISPR do agrupamento de contratos no período

n = número de observações, ou seja, número de contratos do agrupamento

- **RFinanceiro:** Objetiva recompor os valores das mensalidades em relação à inflação saúde adequando valor da moeda do período. **O Índice de Reajuste Financeiro (RFinanceiro) será o IPCA Serviços de Saúde** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo para os Serviços de Saúde) a nível Brasil, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) acumulado nos últimos 12 meses do período de cálculo do reajuste.

- 19.1.2.1.** O percentual referente ao reajuste definido nesta cláusula será o mesmo e invariável para todos os contratos da Unimed Fortaleza que compõem o agrupamento de contratos e será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no site oficial da Unimed Fortaleza e aplicado na data de aniversário deste contrato.
- 19.2.** Mesmo que a quantidade de beneficiários se altere após a data da apuração, a condição deste contrato pertencer ao agrupamento só será novamente avaliada na próxima apuração, que ocorrerá na respectiva data de aniversário. Caso a quantidade de beneficiários apurada seja superior a 29 vidas, este contrato será reajustado no próximo período subsequente à apuração da forma exposta no início desta CLAÚSULA.
- 19.3.** Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores equivalentes as suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data do aniversário do contrato (**data base única**), a qual será o **mês de fevereiro de cada ano. Os reajustes posteriores ocorrerão nas futuras datas de aniversário deste contrato, devendo ser observados os novos preços na inclusão de novos beneficiários.**
- 19.4.** Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um mesmo contrato.
- 19.5.** Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata.
- 19.6.** Sempre que o BENEFICIÁRIO mudar de faixa etária haverá reenquadramento automático da mensalidade no mês subsequente ao seu aniversário, conforme tabela constante neste contrato, devidamente atualizada.

20. FAIXAS ETÁRIAS

- 20.1.** A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reenquadradas automaticamente no mês subsequente de seu aniversário.
- 20.2.** As faixas etárias e respectivos reenquadramentos para efeito deste contrato, obedecidos os critérios da ANS, estão dispostos a seguir:

FAIXAS (anos) Alteração das Faixas Etárias		Percentual de Reenquadramento por Faixa Etária
00 – 18	-	-
19 – 23	Ao completar 19 anos	15,02%
24 – 28	Ao completar 24 anos	14,98%
29 – 33	Ao completar 29 anos	15,00%
34 – 38	Ao completar 34 anos	10,00%
39 – 43	Ao completar 39 anos	14,99%
44 – 48	Ao completar 44 anos	27,37%
49 – 53	Ao completar 49 anos	32,96%
54 – 58	Ao completar 54 anos	33,01%
59 ou mais	Ao completar 59 anos	38,45%

- 20.3.** Os reenquadramentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na tabela acima e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e são independentes do reajuste financeiro anual.
- 20.4.** Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.
- 20.5.** A variação acumulada entre a 7^a (sétima) e a 10^a (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1^a (primeira) e 7^a (sétima) faixas.
- 20.6.** Os clientes com 60 (sessenta) anos ou mais de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

21. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- 21.1.** A adesão de beneficiários a este contrato é espontâneo e opcional de acordo com a proposta de adesão/planilha de movimentação devidamente anuída pela CONTRATANTE.

21.2. Nos casos de cancelamento deste contrato, fica disponibilizado plano individual/familiar ao universo de beneficiários sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

22. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1. Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES.

22.2. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes.

22.3. A separação legal ou a dissolução de união estável acarretará a perda da qualidade de dependente para os efeitos desse contrato.

22.4. O BENEFICIÁRIO que vier a perder quaisquer das condições de dependência, tais como: exclusão ou falecimento do TITULAR, atingir a idade limite, perder a condição de solteiro, de cônjuge e/ou universitário - poderá assinar novo contrato em seu próprio nome, no plano individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda dessa qualidade, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, nas mesmas condições de cobertura ora contratadas, observando-se a tabela de preços de plano individual atual. Caso venha a optar por outra modalidade de contratação e/ou de acomodação superior, que venha a abranger novas coberturas deverá cumprir as carências complementares para estas novas coberturas e/ou nova acomodação bem como arcar com novos valores de mensalidades referentes às novas coberturas / acomodação.

22.5. A CONTRATADA poderá suspender ou excluir a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da CONTRATANTE a qualquer momento nas seguintes hipóteses:

a) Fraude comprovada na sua execução praticada por qualquer dos BENEFICIÁRIOS, especialmente a omissão por parte deles da informação de doença ou lesão preexistente, de acordo com o previsto neste contrato e na legislação pertinente;

b) Por perda dos vínculos do TITULAR com a CONTRATANTE, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98;

23. RESCISÃO ou SUSPENSÃO

23.1. Caso a CONTRATANTE rescinda o presente contrato antes de completada a vigência inicial de 1 (um) ano será devida multa de 20% (vinte por cento) a incidir sobre o total equivalente a multiplicação dos meses restantes para completar o referido período de vigência pelo valor da última mensalidade imediatamente paga.

- 23.2.** Decorrido o primeiro ano de vigência, a CONTRATANTE ou a CONTRATADA poderão rescindi-lo **imotivadamente**, desde que, a parte interessada comunique a outra pessoalmente ou de forma expressa, via Aviso de Recebimento e com firma reconhecida, com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**. Neste caso, dentro deste prazo de 60 dias, não será permitida inclusões e/ou exclusões e/ou alterações de dados cadastrais de BENEFICIÁRIOS.
- 23.3.** **Após os 12 (doze) primeiros meses de vigência, caso o contrato venha a apresentar desequilíbrio econômico-financeiro e/ou não mantenha um mínimo de 30(Trinta) beneficiários inscritos, qualquer das partes poderá rescindir o contrato desde que, a parte interessada comunique a outra formalmente, via Aviso de Recebimento e com firma reconhecida, com antecedência mínima de 60 dias.**
- 23.4.** Ocorrendo a denúncia antecipada do contrato, na forma das cláusulas deste contrato, a responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa depois de decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias da comunicação escrita mencionada na cláusula anterior, correndo as despesas a partir daí, por conta da CONTRATANTE.
- 23.5. O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer momento nos casos de:**
- a) Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, contados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;**
 - b) Descumprimento de qualquer das cláusulas contratuais pela CONTRATANTE.**
- 23.6.** A CONTRATADA poderá ainda excluir ou suspender a assistência a saúde dos BENEFICIÁRIOS, especialmente a omissão por parte deles da informação de doença ou lesão preexistente, de acordo com o previsto neste contrato e na legislação pertinente.
- 23.7.** A não rescisão imediata do contrato após superados os 60 (sessenta) dias de atraso, consecutivos ou não, contados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, não implica em perdão ou aceitação da CONTRATADA pelo atraso, podendo gerar suspensão imediata dos serviços prestados, bem como o cancelamento posterior do referido instrumento.
- 23.8. Ocorrendo a rescisão contratual ou exclusão de qualquer dos BENEFICIÁRIOS:**
- a) O(s) cartão(ões) magnético(s) Unimed deverá(ão) ser imediatamente devolvido(s) à CONTRATADA, inutilizado(s);**

- b) O saldo devedor da CONTRATANTE, bem como despesas que venham a ser contabilizadas após a data do cancelamento e/ou exclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S), deverão ser imediatamente quitados, sob pena de cobrança administrativa e/ou judicial;
- c) Ocorrendo a rescisão do contrato e existindo casos de internações, as despesas decorrentes da continuidade do tratamento a partir do fim da vigência do contrato passam a ser de responsabilidade da CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO;**
- d) Todos os benefícios colocados à disposição da CONTRATANTE, e de BENEFICIÁRIOS e dependente(s), ativos e inativos, se houver, serão igualmente cancelados;
- e) A CONTRATANTE deverá, obrigatoriamente, avisar a seus beneficiários da rescisão do contrato com antecedência mínima de 45 dias da data do final da vigência.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 24.1.** A alteração do registro do respectivo produto contratado dependerá de autorização prévia da ANS e poderá ser requerida pela CONTRATADA, de acordo com a legislação específica.
- 24.2.** As partes poderão mediante avaliação e concordância expressa, modificar as condições aqui pactuadas, desde que não impliquem alterações do registro do produto, por meio de aditamentos contratuais.
- 24.3.** A CONTRATADA se reserva o direito de realizar perícia médica no(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e seu(s) DEPENDENTE(S), se houver, com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados.
- 24.4.** Visando ao aprimoramento dos serviços e a eliminar falhas detectadas, as partes se comprometem a envidar, amigavelmente, esforços para esclarecer fatos e questionamentos levantados por BENEFICIÁRIOS, ligados aos serviços aqui avençados.
- 24.5.** A tolerância ou transigência da CONTRATADA não implicará em perdão, renúncia, novação, alteração ou modificação deste contrato, sendo o evento ou omissão considerado, para todos os fins de direito, como mera liberalidade da CONTRATADA, que transigiu, anuiu ou não exigiu o cumprimento da obrigação, não implicando, todavia, na renúncia do direito de exigir o cumprimento das obrigações contratuais, a qualquer tempo.
- 24.6.** Em caso de perda ou dano ao cartão magnético Unimed, os BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE ou a CONTRATANTE se obrigam a informar imediatamente o fato à CONTRATADA. Havendo necessidade de substituição do cartão

magnético, a segunda via será fornecida mediante o pagamento do seu custo pela CONTRATANTE.

- 24.7.** As despesas oriundas do uso do cartão magnético UNIMED por BENEFICIÁRIO já excluído são de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE. São igualmente de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE as despesas causadas por uso do cartão magnético UNIMED por terceiro não BENEFICIÁRIO. O uso indevido do cartão magnético constitui fraude e ensejará exclusão do BENEFICIÁRIO e medidas administrativas e judiciais cabíveis.
- 24.8.** É obrigação da CONTRATANTE em caso de exclusão de dependentes, rescisão ou distrato deste contrato, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo pelos prejuízos eventualmente resultantes do uso indevido desses documentos, até os prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da exclusão do BENEFICIÁRIO ou da rescisão, resolução do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.
- 24.9.** Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimentos, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS titulares ou dependentes, que perderem essa condição por exclusão. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deve informar, por escrito o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.
- 24.10.** A não comunicação do ocorrido acarretará à CONTRATANTE a responsabilidade pela utilização indevida do referido cartão.
- 24.11.** Fica estabelecido que os comprovantes de despesas decorrentes da utilização indevida, no caso da perda da condição de dependente do tipo cônjuge ou companheiro(a), poderão ensejar a cobrança, judicial ou extrajudicial, das quantias eventualmente devidas à CONTRATADA, além de ensejar exclusão do BENEFICIÁRIO e/ou suspensão da assistência a saúde por fraude do respectivo BENEFICIÁRIO.
- 24.12.** A CONTRATADA não se responsabilizará por vício ou defeito dos serviços prestados, por cooperado ou estabelecimento credenciado, à CONTRATANTE, e seu(s) dependente(s), se houver; nem por qualquer restrição à utilização deste plano, imposta por cooperado, credenciado ou estabelecimento credenciado.
- 24.13.** Integram este contrato, para todos os fins de direito a Proposta de Adesão/planilhas de movimentação (inclusão, alteração e exclusão), Declaração de Saúde, Guia Médico da CONTRATADA e outros documentos que se fizerem necessários, inclusive aqueles para atendimento à legislação em vigor.
- 24.14.** A CONTRATANTE se obriga a manter em sua sede cópia fiel e disponível deste contrato padrão para seus BENEFICIÁRIOS.



- 24.15.** A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada com a CONTRATANTE neste contrato.
- 24.16.** A CONTRATANTE se obriga a manter seu endereço e demais dados cadastrais atualizados junto à CONTRATADA, inclusive de seus BENEFICIÁRIOS.
- 24.17.** De acordo com a Lei 5.764/71, que rege as cooperativas, fica a CONTRATANTE desde já ciente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas do Sistema UNIMED.
- 24.18.** A CONTRATANTE DECLARA TER TIDO CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO DO CONTEÚDO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO PREVIAMENTE À SUA ASSINATURA, DO QUAL RECEBE CÓPIA NO MOMENTO DA ADESÃO, E QUE, POR CONCORDAR E ACEITÁ-LO EXPRESSAMENTE COM TODAS AS SUAS CLÁUSULAS, APÕE SUA ASSINATURA NO ESPAÇO DISPONÍVEL DESTE CONTRATO.

25. ELEIÇÃO DE FORO

- 25.1.** Fica eleito o foro da comarca do município de Fortaleza (CE), para dirimir eventuais pendências advindas da execução do presente contrato, prevalecendo este sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Fortaleza, 03 de dezembro de 2018.

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

Testemunha
CPF:

Testemunha
CPF:



GLOSSÁRIO

Consideram-se os seguintes conceitos, quando previstos nas demais Cláusulas do presente instrumento:

- **ACIDENTE PESSOAL** – É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra coisa, torne necessário o tratamento médico.
- **ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar responsável pela regulamentação e fiscalização das operadoras de plano de saúde.
- **AMBULATÓRIO** - É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de internação.
- **ATENDIMENTO AMBULATORIAL** - É o procedimento realizado em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas. Inclui ainda as consultas realizadas por profissionais da saúde de nível superior.
- **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA** - Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
- **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO** - É todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
- **BENEFICIÁRIOS** – Todas as pessoas inscritas neste contrato e que dele usufruirão enquanto perdurar a relação contratual.
- **BENEFICIÁRIO EM TRÂNSITO** - Beneficiário nos termos do presente instrumento, que se encontre em viagem ou em estada em outra cidade do território brasileiro, que não a da sede da CONTRATADA, o qual deverá procurar previamente uma UNIMED local ou ligar para o telefone informado no Guia Médico ou na página da internet da CONTRATADA, para ter acesso ao seu atendimento previsto neste contrato.
- **CARÊNCIA** - É o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato, durante o qual o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus Dependentes não têm direito a determinadas coberturas contratadas, mesmo pagando o valor mensal do plano de saúde.
- **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)** - É aquela que admite, num prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de

alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes à assinatura do contrato, bem como suas sequelas.

- **CONSULTA MÉDICA** - É o atendimento prestado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.
- **COPARTICIPAÇÃO** - É o mecanismo de regulação que consiste no pagamento à CONTRATADA, pela CONTRATANTE, de percentual sobre as despesas relativas a determinados procedimentos previstos em contrato.
- **DATA DE VIGÊNCIA** – Data de início de todos os direitos e obrigações previstos neste contrato.
- **DECLARAÇÃO DE SAÚDE** - É o documento formal e legal, anexo e parte integrante da Proposta de Adesão, preenchido de próprio punho, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano, ciente de que quaisquer omissões caracterizam comportamento fraudulento, sujeitando-o às penalidades legais cabíveis.
- **DIRECIONAMENTO OU REFERENCIAMENTO OU HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO** - consiste em um dos mecanismos de regulação, podendo-se direcionar a realização de consultas, exames ou internação previamente determinados pela CONTRATADA.
- **DOENÇA** – Qualquer perturbação das condições físicas e mental do BENEFICIÁRIO, caracterizada como processo mórbido e hospitalar, que exija tratamento médico e não se enquadre na classificação de ACIDENTE PESSOAL.
- **DOENÇA AGUDA** – Toda doença de instalação súbita causadora de morbidade provisória e, na grande maioria dos casos, reversível a tratamento.
- **DOENÇA CONGÊNITA** – Toda doença com a qual o indivíduo nasce, hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, com manifestação a qualquer tempo.
- **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)** - São aquelas que o BENEFICIÁRIO, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época de assinatura deste contrato. O BENEFICIÁRIO, ou seu responsável, são obrigados a informar à CONTRATADA a condição sabida de lesão ou doença preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou rescisão do contrato.
- **EMERGÊNCIA** - Casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.
- **ENTREVISTA QUALIFICADA** - Entrevista na qual o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal declara à contratada a condição atual de seu estado de saúde e de

seus dependentes incluídos no contrato em formulário próprio desta e com a orientação de médico de escolha do Proponente ou indicado pela CONTRATADA.

- **EXAMES COMPLEMENTARES** - São métodos de auxílio diagnóstico realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.
- **GUIA MÉDICO** –manual de orientação ao BENEFICIÁRIO sobre os procedimentos para utilização do plano de saúde da CONTRATADA, bem como a lista dos médicos credenciados, estabelecimentos clínicos e hospitalares próprios e credenciados do plano contratado e serviços cobertos pelo contrato.
- **HOSPITAL DE ALTO CUSTO (TABELA PRÓPRIA)** – É aquele que, mesmo podendo fazer parte de alguns planos do Sistema Nacional Unimed, não é credenciado à CONTRATADA, cobrando tabelas de procedimentos e honorários médicos próprios e de alto custo, ou seja, sem negociação ou acordo compatível com as tabelas e valores praticados pela CONTRATADA. Exemplos: Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Sírio Libanês (SP); Hospital Nove de Julho (SP); Hospital Moinhos de Vento (RS); Hospital Copa D’Or (RJ); Hospital São Rafael (BA); Hospital Português (PE); Hospital Monte Klinikum (CE), entre outros.
- **INTERNAÇÃO HOSPITALAR** - É o atendimento prestado a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.
- **INTERNAÇÕES HOSPITALARES CIRÚRGICAS** - são aquelas decorrentes de eventos que exigem ato cirúrgico, não passíveis de tratamento ambulatorial e/ou domiciliar.
- **INTERNAÇÕES HOSPITALARES CLÍNICAS** - são aquelas decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, exigir ato cirúrgico, não passíveis de tratamento ambulatorial e/ou domiciliar.
- **INTERNAÇÕES HOSPITALARES ELETIVAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS** são os casos que não se caracterizam como Emergência ou Urgência, previamente agendados e autorizados pela CONTRATADA.
- **LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA** - Acomodação reservada que requeira tratamento intensivo, tais como: unidades de terapia intensiva, centro de terapia respiratória, unidade coronariana, centro de terapia neonatal, unidade de terapia de queimados e unidades de isolamento.
- **PAD (PROGRAMA DE APOSENTADOS E DEMITIDOS)** – benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e normatizado através de Resoluções da ANS, onde prevê a opção de manutenção da condição de beneficiário, por determinado prazo e dentro de certas condições, para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.
- **PARTO A TERMO** - É aquele ocorrido em gravidez com evolução maior de 37 (trinta e sete) semanas completas.
- **PORTA DE ENTRADA** - É um mecanismo de regulação através do qual a CONTRATADA avalia e gerencia o encaminhamento do BENEFICIÁRIO para a realização de consultas, exames, internações clínicas e/ou cirúrgicas.
- **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS** - São aqueles reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, sem porte anestésico, constantes na Tabela de Procedimentos

Médico-Hospitalares da CONTRATADA, que possam ser executados sem obrigatoriedade de internação hospitalar, mesmo que em regime de hospital dia.

- **PROPOSTA DE ADESÃO/PLANILHA DE MOVIMENTAÇÃO** - Documento padronizado usado pela CONTRATANTE para informar à CONTRATADA a movimentação de beneficiários, o plano contratado, dados pessoais do titular e de seus dependentes, neles incluídos CPF, RG, nome da genitora e endereço e outras informações que se fizerem necessárias.
- **ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS** – Lista de procedimentos médicos e hospitalares que possuem cobertura contratual conforme determinado pela ANS.
- **TERAPIA** - É o atendimento prestado ao BENEFICIÁRIO utilizando os métodos de tratamento realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.
- **URGÊNCIA** – casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, que demande atendimento médico, sem representar risco de vida iminente.



**Av. Santos Dumont, 929 – Aldeota
CEP 60.150.160 – Fortaleza – CE**

www.unimedfortaleza.com.br

ANS - Nº 31.714-