

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Este plano possui a segmentação (Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + padrão: APARTAMENTO).

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como NACIONAL, compreendendo todos os Estados e Municípios da Federação.

A área de atuação (área de comercialização) deste plano de saúde compreende os seguintes municípios: ITAJUBÁ/MG; BRAZÓPOLIS/MG; DELFIM MOREIRA/MG; GONÇALVES/MG; PARAISOPOLIS/MG; PIRANGUINHO/MG; PIRANGUÇU/MG; PEDRALVA/MG; MARIA DA FÉ/MG; MARMELÓPOLIS/MG; SAPUCAÍ MIRIM/MG; SÃO JOSÉ DO ALEGRE/MG e WENCESLAU BRAZ./MG.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é privativo, padrão apartamento.

Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital, sem qualquer responsabilidade e interferência da UNIMED, visto que o plano é padrão apartamento.

FORMAÇÃO DO PREÇO

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é **pré-estabelecido**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária é efetuado pela CONTRATANTE antes da utilização das coberturas contratadas.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS – Não há

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

- a) O objeto deste contrato é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e

 2

Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

- b) O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Poderão se inscrever neste plano de saúde as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com os seguintes tipos de pessoas jurídicas:

- conselhos profissionais e entidades de classe, com o registro para o exercício da profissão;
- sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações;
- associações profissionais legalmente constituídas;
- cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- caixas de assistência e fundações de direito privado;
- entidades previstas na Lei nº 7.395/1985, e na Lei nº 7.398/1985; e
- outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas anteriormente, deverão ser autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através da Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - DIOPE.
- o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade e servidores públicos.

O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular neste contrato de plano privado de assistência a saúde.

A CONTRATANTE para firmar este contrato de plano de saúde deverá ser constituída há pelo menos 01 (um) ano, a exceção dos conselhos profissionais e entidades de classe, com o registro para o exercício da profissão e os sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações.

São beneficiários dependentes deste plano de saúde: aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao titular:

- O cônjuge;
- O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- O(s) filho(s) adotivo(s) ou não, enteado(s) e os filhos solteiros até 24 anos incompletos, desde que comprovada a dependência econômica do titular; podendo os maiores de 24 anos permanecerem no plano contratado enquanto mantiverem a condição de solteiros.
- O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;
- O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es).

Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

Des: 7 3

A CONTRATANTE se obriga a comprovar a legitimidade da sua pessoa jurídica e a condição de elegibilidade dos beneficiários.

A adesão ao plano das pessoas físicas que mantenham vínculo com a CONTRATANTE, e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura da proposta de adesão. Cabendo a CONTRATANTE enviar para a UNIMED ITAJUBÁ a relação dos titulares e dependentes a serem inscritos no plano.

Quaisquer alterações de dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CONTRATANTE repassar à UNIMED ITAJUBÁ as informações respectivas.

A CONTRATANTE encaminhará à UNIMED ITAJUBÁ, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão e cópia dos respectivos documentos: CPF, carteira de identidade, comprovante de residência, nº do Número do Programa de Integração Social – PIS, comprovante de elegibilidade dos beneficiários.

A CONTRATANTE se responsabiliza ainda a encaminhar para a UNIMED ITAJUBÁ, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

- Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto

É assegurada a inclusão:

- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, ou da adoção, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo.

- Do cônjuge, recém casado, como dependente do titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do matrimônio, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo.

Ultrapassado o prazo previsto no item anterior, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência.

- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A UNIMED ITAJUBÁ cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos

obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

Estão cobertos os atendimentos de planejamento familiar, em conformidade com o inciso III do artigo 35C da Lei 9656/98 e Resolução Normativa da ANS nº192/2009, anexo I, e suas posteriores alterações.

Nas coberturas assistenciais, a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento é obrigatória, caso haja indicação clínica.

O atendimento assistencial, dentro da segmentação contratada e da área de abrangência estabelecida neste contrato estará assegurado.

A Cobertura Ambulatorial

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as seguintes coberturas:

- Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.
- 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.
- Cobertura de 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 tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.
- Cobertura dos 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;
- Cobertura dos procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:
 - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - radioterapia ambulatorial;
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- Estão cobertos 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;

- Cobertura da 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 por ano de contrato, não cumulativas;

A Cobertura Hospitalar

A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluindo:

- Cobertura de 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.
- Cobertura de diária de internação hospitalar, na acomodação contratada, observado o exposto acima;
- Cobertura de Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro.
- Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
- Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite 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;
- a cobertura da 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
- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados em ambulatório, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
 - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;



Art. 7 6

- quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - radioterapia – todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - hemoterapia;
 - nutrição enteral e parenteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de fisioterapia;
- Cobertura de 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.
 - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções.
 - Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de 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, haverá a cobrança de coparticipação de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não poderá caracterizar o financiamento integral da internação.
 - Custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
 - 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 a cobrança de coparticipação de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não poderá caracterizar o financiamento integral da internação.
 - Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
 - Cobertura de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
 - 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 - CID-10, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia.

A assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

- Cobertura dos transplantes de Rins e Córneas e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 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, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

- Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório 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.
- Cobertura de órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

A Cobertura obstétrica

- A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério e inclui:

Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

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

TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos de cobertura do Plano:

- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 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: 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).
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 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;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- consultas domiciliares;
- procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;

8

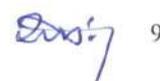
- Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos;
- despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- cirurgias para mudança de sexo;
- produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- aplicação de vacinas;
- exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- remoção domiciliar;
- transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos; ; listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;
- tratamentos em SPA e casas sociais;
- procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
- especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

TEMA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

A vigência mínima deste contrato é de 12 meses.

A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual.

O início da vigência poderá ser negociado com a CONTRATANTE, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento para a UNIMED ITAJUBÁ.

Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As carências explicitadas neste contrato serão contadas a partir da data de assinatura da proposta de admissão/adesão, sendo assim especificadas:

24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;

30 (trinta) dias para consultas e exames básicos;

90 (noventa) dias para procedimentos de reabilitação física, fisioterapia e acupuntura;

180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;

180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;

180 (cento e oitenta) dias para o direito às internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;

180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e coberturas previstas neste Contrato;

300 (trezentos) dias para parto a termo.

Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão neste contrato.

Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 60 (sessenta) dias da celebração deste contrato.

Estão isentos do cumprimento de carência os associados da CONTRATANTE que já possuam outros planos da UNIMED ITAJUBÁ – 137, modalidade pré pagamento, que expressarem por escrito a sua intenção de migrarem para este novo contrato, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias e desde que já tenham sido cumpridas as carências no plano do qual migrou.

A cada aniversário deste contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

a) o beneficiário tenha se vinculado, a CONTRATANTE, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias da celebração deste contrato.

b) a proposta de adesão ao plano seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

Após o transcurso dos prazos definidos acima poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação.

A contagem do prazo de carência, para cada beneficiário, se dará a partir do seu ingresso.

TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Doença e Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.

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

Ao ser declarado pelo beneficiário a existência de doença e lesão preexiste a UNIMED ITAJUBÁ oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

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

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED ITAJUBÁ deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

Instaurado o processo administrativo na ANS, a UNIMED ITAJUBÁ não poderá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED ITAJUBÁ, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

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

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED ITAJUBÁ, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão e da fraude às informações.



Ans. 7 11

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIMED ITAJUBÁ oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a UNIMED ITAJUBÁ e o beneficiário.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED ITAJUBÁ somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente do beneficiário.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site www.ans.gov.br

É vedada à UNIMED ITAJUBÁ a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência.

Na instauração do processo administrativo na ANS, à UNIMED ITAJUBÁ caberá o ônus da prova.

A UNIMED ITAJUBÁ poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

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

TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A definição de urgência emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/98 é:



 12

Urgência: casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Emergência: casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

Estará garantido a remoção para unidade de atendimento da rede credenciada do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos na unidade de saúde para continuidade do atendimento ao paciente;

Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resulte a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença ou Lesão Preexistente, estará garantido o atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, conforme regulamentação prevista para essa situação, assegurada a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos de urgência/emergência.

A remoção para unidade do SUS:

Quando não possa haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED ITAJUBÁ, desse ônus.

Caberá à UNIMED ITAJUBÁ o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a UNIMED ITAJUBÁ estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

Estará assegurado o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela UNIMED ITAJUBÁ, de acordo com a relação de preços dos serviços médicos e hospitalares praticados para este plano, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega, pelo beneficiário, da documentação abaixo discriminada:

O reembolso deve ser solicitado mediante formulário de solicitação acompanhados dos seguintes documentos:

- A) relatório do médico assistente, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- B) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- C) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- D) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

O valor do reembolso nas urgências e emergências não poderá inferior ao praticado pela UNIMED ITAJUBÁ junto à sua rede de prestadores para o respectivo plano.

O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada sob pena de prescrição do direito de apresentá-los.

TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA – Não há .

TEMA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Este plano prevê a cobrança de coparticipação na despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE diretamente à UNIMED ITAJUBÁ, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

Os valores referentes à coparticipação estão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação do plano.

Os valores de coparticipação serão diferenciados em função de cada procedimento realizado e de conformidade com o discriminado abaixo:

Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento dos valores de coparticipações que serão cobradas juntamente com o boleto da contraprestação mensal, quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.

Não haverá cobrança de coparticipação, por evento, definida em valor para as consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, exames básicos e especiais, serviços de apoio/diagnóstico e terapia, internações hospitalares, exceto para transtornos psiquiátricos, conforme definido neste contrato

A UNIMED ITAJUBÁ fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, o que assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo, sempre que necessário, a UNIMED ITAJUBÁ adotar novo sistema operacional para melhor atendimento.

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

Considera-se à uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste contrato, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que **perderam sua condição de beneficiário** por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, a critério da UNIMED ITAJUBÁ, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências.

Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o beneficiário titular deverá comunicar o fato à UNIMED ITAJUBÁ, por escrito, para cancelamento, ou quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela UNIMED ITAJUBÁ.

A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à UNIMED ITAJUBÁ, inclusive no que se refere aos dados constantes no Termo de Adesão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

A CONTRATANTE, mediante informação recebida do beneficiário titular, deverá notificar a UNIMED ITAJUBÁ sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexactidão dessa informação.

Somente terão direito aos serviços ora contratados os beneficiários regularmente inscritos na UNIMED ITAJUBÁ.

Caberá a CONTRATANTE a responsabilidade de solicitar a suspensão e/ou exclusão de beneficiários.

A UNIMED ITAJUBÁ somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a CONTRATANTE, ou de dependência.

A UNIMED ITAJUBÁ assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados e serviços credenciados, pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontrando-se no **Guia Médico** ou no seu Portal na Internet www.unimeditajubá.com.br

Será distribuído ao beneficiário o **Guia Médico, orientando e** informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação das Unimeds que,

igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da UNIMED ITAJUBÁ na Internet: www.unimeditajubá.com.br

As atualizações do **Guia Médico** estarão disponíveis ao beneficiário na sede da UNIMED ITAJUBÁ, através do serviço de atendimento e no portal da UNIMED ITAJUBÁ www.unimeditajuba.com.br

Os serviços previstos neste Contrato poderão ser prestados por todas as UNIMEDS localizadas na área geográfica de abrangência do plano ora contratado, pelo sistema de intercâmbio UNIMED.

As consultas deverão ser realizadas em consultórios do profissional escolhido, constante do **Guia Médico** ou no seu Portal na Internet www.unimeditajubá.com.br

Os serviços diagnósticos, tratamentos e todos demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela UNIMED ITAJUBÁ, através da rede própria ou contratada, constante do **Guia Médico** ou no seu Portal na Internet www.unimeditajubá.com.br, por intermédio de solicitação do médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, não podendo haver restrição aos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.

A UNIMED ITAJUBÁ assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, exames auxiliares de apoio/diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, especificadas a seguir:

- **consultas e sessões:** serão realizadas nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos dentre a rede de prestadores, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- **atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- **exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante solicitação, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

O beneficiário deverá requerer, à UNIMED ITAJUBÁ, a emissão da autorização prévia para efetivação dos procedimentos com os profissionais não médicos e de todos os atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares, à exceção das consultas médicas e dos seguintes exames básicos: análises clínicas; citopatologia; ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; endoscopia diagnóstica; exames radiológicos; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos e testes ergométrico.

A autorização prévia será obtida na sede da UNIMED ITAJUBÁ do qual o beneficiário está vinculado, conforme seu cartão de identificação/Unimed, ou por meio da Central Telefônica da UNIMED ITAJUBÁ. A emissão da resposta à solicitação de autorização do procedimento, será emitida pela UNIMED ITAJUBÁ no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a UNIMED ITAJUBÁ, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A UNIMED ITAJUBÁ emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.



 16

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

O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela UNIMED ITAJUBÁ.

O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a UNIMED ITAJUBÁ fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

A UNIMED ITAJUBÁ não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a UNIMED ITAJUBÁ não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

A UNIMED ITAJUBÁ 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 cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED ITAJUBÁ.

A UNIMED ITAJUBÁ reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art.17 da Lei 9656/98, desde que:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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;
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a UNIMED ITAJUBÁ arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED ITAJUBÁ durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a UNIMED ITAJUBÁ a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a UNIMED ITAJUBÁ solicitará a ANS autorização expressa.

Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 a UNIMED ITAJUBÁ deverá na contratação e na inclusão de beneficiários titulares a este plano será entregue a CONTRATANTE o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

TEMA XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 100/05 da ANS.

Por ser um plano coletivo por adesão o pagamento da contra prestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, junto a UNIMED ITAJUBÁ.

O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED ITAJUBÁ os valores relacionados neste contrato , por cada beneficiário, para efeito de **inscrição, mensalidade e coparticipação**, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.

As faturas emitidas pela UNIMED ITAJUBÁ serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE.

Faixa Etária	Apartamento
0 a 18	R\$ 110,79
19 a 23	R\$ 153,31
24 a 28	R\$ 186,08
29 a 33	R\$ 213,39
34 a 38	R\$ 220,60
39 a 43	R\$ 240,42
44 a 48	R\$ 278,17
49 a 53	R\$ 334,14
54 a 58	R\$ 400,54
59 ou +	R\$ 664,14

Serviço de inscrição, cartão magnético e 2º via de cartão . R\$ 12,71 (doze reais e cinquenta um centavos por usuário.

Para cobrança do valor de mensalidade e valores de coparticipação, inclusive em virtude de internação psiquiátrica a UNIMED ITAJUBÁ enviará, a CONTRATANTE, fatura/nota fiscal com a cobrança, ficando reservado o direito da UNIMED ITAJUBÁ adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

As mensalidades e demais valores constantes neste contrato serão pagas nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, nota fiscal, conforme o caso, e, de acordo com este contrato, que será todo dia 10 (dez) de cada mês.

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

18

O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

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

Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

TEMA XII - REAJUSTE

Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contra prestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado), que será apurado no período de 12 meses consecutivos e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

Os valores relativos à taxa de inscrição e coparticipação serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

Este contrato somente sofrerá reajuste na periodicidade de 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração.

Havendo a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

O reajuste anual do contrato visa a preservação do equilíbrio na relação contratual, através da aplicação da fórmula abaixo:

$$\text{Reajuste} = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

Onde:

R Financeiro = deverá refletir a reposição financeira para o período, e corresponderá à variação positiva acumulada do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, no período, ou outro índice que reflita a realidade do mercado, conforme acordo entre as partes.

$$R \text{ Técnico} = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)

S_m = meta de sinistralidade

A meta de sinistralidade negociada entre as partes será objeto de Termo Aditivo.

A aplicação de reajuste por sinistralidade será procedida de forma complementar.

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

Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste plano e contrato.

No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a UNIMED ITAJUBÁ adotará este novo período de reajuste.

TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixas Etárias	Percentual
1ª - de 0 até 18 (dezoito) anos;	0,00 %
2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;	38,38 %
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;	21,38 %
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;	14,67 %
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;	3,38 %
6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;	8,99 %
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;	15,70 %
8ª - de 49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;	20,12 %
9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;	19,87 %
10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	65,81 %

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual do contrato.

Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário, desta forma os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

TEMA XIV - BONUS E DESCONTOS – NÃO HÁ



É vedada a concessão de bônus que estimulem a redução da utilização dos serviços (Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 7/2005) ou que promova descontos ou vantagens especificamente delimitados a prazos contratuais ou em função de idade do consumidor (artigo 3º da Resolução CONSU 6/1998)

TEMA XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

NÃO HÁ.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Caberá a CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

A UNIMED somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

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

Nos casos de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será enviado para a ANS solicitação de instauração de processo administrativo, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Cessarão as coberturas do Plano para o beneficiário titular:

- Quando a CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- Quando perder o vínculo com a CONTRATANTE;
- Quando vier a falecer, após a comunicação do fato à UNIMED pela CONTRATANTE;
- Por fraude ao plano.

Cessarão as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- Quando a CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- Quando o beneficiário titular for excluído do plano;
- Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- Por fraude ao plano

O beneficiário perderá a condição de titular, sendo excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a CONTRATANTE, exceto no caso de morte do titular, quando então, os beneficiários inscritos permanecerão nas mesmas condições contratadas..

A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

21

As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou meio magnético, até o dia 16 (dezesesseis) de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

TEMA XVII - RESCISÃO E SUSPENSÃO

Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Antes do término do prazo mínimo de 12(doze) meses de vigência do contrato é facultado a CONTRATANTE denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada na UNIMED, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades devidas, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, e que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito da UNIMED de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica a suspensão da cobertura assistencial até que a CONTRATANTE efetue o pagamento devido à UNIMED ITAJUBÁ.

A não concordância por parte do CONTRATANTE com o índice de reajuste anual, do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, antes de 12 meses, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 60 (sessenta) dias, com notificação a CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da UNIMED ITAJUBÁ de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas conseqüências moratórias;
- c) descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato
- d) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação UNIMED ITAJUBÁ.

 22

A UNIMED ITAJUBÁ reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da UNIMED ITAJUBÁ.

TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

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 toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da

23
Handwritten signature in blue ink

cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

EXAMES BÁSICOS de diagnóstico: (a) análises clínicas; (b) citopatologia; (c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; (d) eletrocardiograma convencional; (e) eletroencefalograma convencional; (f) endoscopia diagnóstica; (g) exames radiológicos; (h) exames e testes alergológicos; (i) exames e testes oftalmológicos; (j) exames e testes otorrinolaringológicos; (l) teste ergométrico.

24

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: hospital pertencente ao Sistema UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela UNIMED.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

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

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

A CONTRATANTE autoriza a UNIMED a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, o beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da UNIMED, para a devida apuração.

Fazem parte deste contrato os documentos entregues a CONTRATANTE, incluído: proposta de adesão e adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

25

Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente está à inteira disposição do beneficiário na sede da UNIMED, para consulta e cópia através de mídia digital.

Caso o beneficiário prefira, também poderá consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

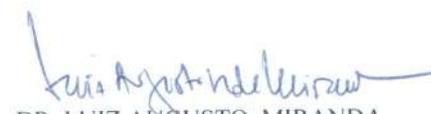
TEMA XIX - ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio da Contratante para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ITAJUBÁ, 01 de Abril / 2011

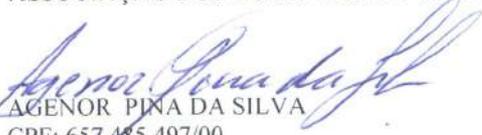
UNIMED ITAJUBÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


DR. ROGERIO VILELA PINTO
Diretor Presidente


DR. LUIZ AUGUSTO MIRANDA
Diretor Superintendente

Pela contratante.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ-SEÇÃO SINDICAL DO ANDES-SINDICATO NACIONAL


AGENOR PINA DA SILVA
CPF: 657.485.497/00

Presidente Conselho de Administração


FREDMARK GONÇALVES LEÃO
CPF: 007.478.156-15

Diretor Executivo

Testemunhas:


1) Nome: Gil Fernando Ribeiro Grillo
Função: Gerente Administrativo

2) Nome:
Função: