

Contrato n°: 7655

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

Serviços de Assistência Médico-Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia de plano coletivo por adesão a preço pré-estabelecido - Registro Provisório de Produto na ANS sob o nº 463.907/11-3

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1 QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA:

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

1.2 QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

SIND DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RN, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.693.715/0001-89, situada na Rua Radialista Monteiro Neto, nº 1492, bairro Candelária II, CEP 59064-140, Natal/RN, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus usuários, assim entendidas as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução nº 195 da ANS e suas atualizações, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985; e o grupo familiar do beneficiário titular, obedecidas as disposições deste instrumento.

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

1.3.1 Nome Comercial: UNICOL II I-E

1.3.2 Registro de Produto na ANS nº 463.907/11-3

1.4 TIPO DE CONTRATAÇÃO:

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

Antonio de Araújo e outros


1/33

Unimed Natal
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN
Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526
www.unimednatal.com.br

1.5 SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

1.6 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

1.6.1 Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área geográfica de abrangência qualificada como Estadual, a qual inclui todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte. **Em caso de urgência e emergência, e somente nesses casos, os usuários poderão ser atendidos pelas demais cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, nos municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local.**

1.7 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

1.7.1 A área de atuação do plano contratado abrange todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

1.8 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

Coletivo (enfermaria).

1.9 FORMAÇÃO DO PREÇO:

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

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

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

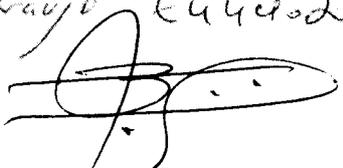
2.1.2 É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão de mesmo número.

2.2 NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

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

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

Alfonso de Araújo e colaboradores




que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985.

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

3.3 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA, passando a vigor no dia 1º do mês subsequente.

3.4 São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos, **até 30 (trinta) anos incompletos**;
- c) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos, o que deve ser atestado por profissional médico, ficando a critério da CONTRATADA a indicação da melhor forma de comprovação da invalidez alegada, inclusive encaminhando o paciente à perícia/auditoria médica, quando entender conveniente.

3.5 É assegurada a inclusão:

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

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

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

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

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

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

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

Monica...
 + 

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

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

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

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

a) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, que envolvam as atividades educacionais, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

b) Os eventos e procedimentos relacionados na RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nos seus anexos (e suas atualizações), que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde;

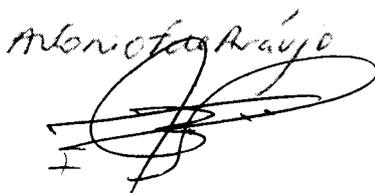
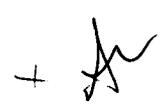
c) atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratadas, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

A - COBERTURA AMBULATORIAL

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

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

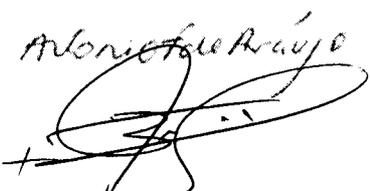
II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

Monica Araújo Eucledes
 + 

ANS - nº 33559-2

- III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos da Resolução Normativa – RN n° 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- IV - Cobertura de até 12 (doze) consultas/sessões com nutricionista, por ano de contrato, de acordo com os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações;
- V - Cobertura de até 18 (dezoito) sessões com nutricionista, por ano de contrato, de acordo com os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico;
- VI - Cobertura de até 6 (seis) consultas/sessões com nutricionista, por ano de contrato, para todos os casos não enquadrados nos critérios acima;
- VII - Cobertura de até 48 (quarenta e oito) consultas/sessões com fonoaudiólogo, por ano de contrato, de acordo com os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações, e para todos os casos não enquadrados nos referidos critérios, a cobertura será de até 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato;
- VIII - Cobertura de até 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, por ano de contrato, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações;
- IX - Cobertura de até 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, por ano de contrato, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações;
- X - Cobertura de até 12 (doze) sessões de psicoterapia, por ano de contrato, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação do médico assistente;
- XI - Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da RN n° 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação do médico assistente;
- XII - Cobertura das ações de planejamento familiar para a segmentação ambulatorial, listadas no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- XIII - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XIV - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;

Antonio Araújo Eucledes



XV - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 e suas atualizações;

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA;

XVI - Cobertura de procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial listados no Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

XVI.1 - No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia e radioterapia, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XVII - Cobertura de procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

XVIII - Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XIX - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

XX - Cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência conforme resolução específica sobre o tema;

XXI - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1 A UNIMED NATAL garante aos usuários os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados com urgência e emergência, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, relacionando o procedimento ao prestador credenciado, observadas as seguintes exigências:

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

6/33

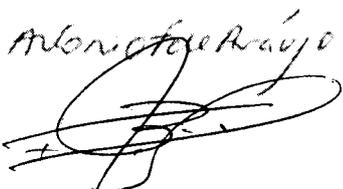
Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

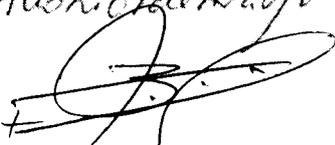
Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br

Antônio de Araújo Eucledes


+ A


- II - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- III - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem (**exceto em caráter particular**) e alimentação;
- IV - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V - Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução Normativa - RN n° 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- VI - Cobertura obrigatória de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução e procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa - RN n° 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações e nos seus Anexos, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde;
- VII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;
- VIII - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos em que o beneficiário seja criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos de idade e pessoa portadora de deficiência, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- IX - Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos da Resolução Normativa - RN n° 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, para segmentação hospitalar, executados por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- X - Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares, solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

Atenciosamente

+ 

7/33

Unimed Natal
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN
Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526
www.unimednatal.com.br

a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a.1) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

a.2) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar;

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I da Resolução Normativa - RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

g) embolizações listadas nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

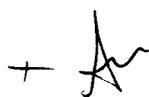
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, exceto fornecimento de medicação e manutenção.

XI.1 - No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XII - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Monoterpene Eucalyptus


+ 

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

XIV - Cobertura obrigatória de transplante autólogo de medula óssea, para receptores com idade igual ou inferior a 75 (setenta e cinco) anos, portadores de uma das patologias previstas nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações.

XV - Cobertura de transplante alogênico de medula óssea, desde que preenchidos os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações.

XVI - Cobertura de transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

1) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob às expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

2) os medicamentos utilizados durante a internação;

3) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**;

4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

XVI.1 - Os procedimentos de transplantes, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

a) na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

b) as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

c) são competências privativas das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor.

d) os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de julho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XVII - Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

XVIII - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, devendo ser observado o seguinte:

Alonzo...



- a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;
- b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido em comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora;
- d) O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição de junta médica.

XVIII.1 – Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e seus Anexos (e suas atualizações), que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

XIX - Cobertura assistencial obrigatória dos insumos necessários para a realização de procedimentos cobertos na Resolução Normativa - RN nº 338, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou nos seus Anexos (e suas atualizações), assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde;

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

XXI - Utilização de monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento.

B.2 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

B.2.1. – Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato não cumulativos. Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será cobrado do beneficiário, a título de coparticipação, o valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) por cada período de internação psiquiátrica, valor este que sofrerá reajuste anual pelo índice autorizado pelo Governo Federal para reajuste dos Planos de Saúde.

B.2.2 - Cobertura obrigatória para atendimento/acompanhamento em hospital-dia psiquiátrico, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

B.2.3 – Cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

B.2.4 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Atenciosamente

E. C. C. S. S. S.

10/33

Unimed Natal
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN
Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526
www.unimednatal.com.br

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1 A UNIMED NATAL assegura às beneficiárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato.

C.2 Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 h (quarenta e oito horas), salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

C.3 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP (Doença e Lesão Preexistente) ou aplicação de CPT (Cobertura Parcial Temporária) ou Agravo.

C.3.1 Entende-se como cobertura assistencial ao recém-nascido as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, desde que nas condições previstas neste contrato. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde;

C.4 Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

C.5 Quando o atendimento nos casos de emergência for efetuado no decorrer nos períodos de carência, havendo sido resultante de complicações no processo gestacional ou parto prematuro, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

C.6 Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação, as despesas passam a ser de responsabilidade da usuária, não cabendo qualquer obrigação à CONTRATADA, conforme determina a **Resolução CONSU nº 13, de 03/11/1998**;

C.7 No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares acima referidas, desde que necessário para a continuidade do tratamento e sendo interesse do usuário, será de obrigação da CONTRATADA a remoção para um hospital da rede pública, ou outro de sua escolha dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato, cessando a responsabilidade da CONTRATADA apenas após o efetivo registro do paciente no SUS (Sistema Único de Saúde);

C.7.1 Caso haja necessidade de remoção para uma unidade do SUS serão aplicadas as regras previstas no item Urgência e Emergência contidas neste instrumento contratual.

C.8 São garantidas coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde;

C.9 Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico habilitado, de acordo com as atribuições definidas pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1987 e suas atualizações, que rege o exercício profissional do Enfermeiro.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1 A UNIMED NATAL assegura às beneficiárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato.

C.2 Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 h (quarenta e oito horas), salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

C.3 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP (Doença e Lesão Preexistente) ou aplicação de CPT (Cobertura Parcial Temporária) ou Agravo.

C.3.1 Entende-se como cobertura assistencial ao recém-nascido as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, desde que nas condições previstas neste contrato. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde;

C.4 Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

C.5 Quando o atendimento nos casos de emergência for efetuado no decorrer nos períodos de carência, havendo sido resultante de complicações no processo gestacional ou parto prematuro, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

C.6 Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação, as despesas passam a ser de responsabilidade da usuária, não cabendo qualquer obrigação à CONTRATADA, conforme determina a **Resolução CONSU nº 13, de 03/11/1998**;

C.7 No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares acima referidas, desde que necessário para a continuidade do tratamento e sendo interesse do usuário, será de obrigação da CONTRATADA a remoção para um hospital da rede pública, ou outro de sua escolha dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato, cessando a responsabilidade da CONTRATADA apenas após o efetivo registro do paciente no SUS (Sistema Único de Saúde);

C.7.1 Caso haja necessidade de remoção para uma unidade do SUS serão aplicadas as regras previstas no item Urgência e Emergência contidas neste instrumento contratual.

C.8 São garantidas coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde;

C.9 Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos da Resolução Normativa - RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico habilitado, de acordo com as atribuições definidas pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1987 e suas atualizações, que rege o exercício profissional do Enfermeiro.

11/33

Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

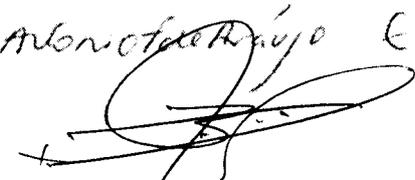
www.unimednatal.com.br

Atenciosamente Euclides



credenciadas a UNIMED, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

- 15) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 16) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 17) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 18) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 19) Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam a restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 20) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 21) Aplicação de vacinas;
- 22) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 23) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 24) Transplantes, exceto aqueles listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações, desde que observada a legislação vigente sobre o tema e disposições deste instrumento;
- 25) Consultas, procedimentos, exames, terapias ou tratamentos realizados no exterior;
- 26) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 27) Procedimentos não relacionados no rol de procedimentos da ANS vigente na data do evento;
- 28) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- 29) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 30) Aparelhos ortopédicos;
- 31) Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- 32) Fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia, terapia ocupacional e psicologia quando não observados os critérios e ultrapassados os limites previstos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar e suas atualizações;
- 33) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio, para a segmentação ambulatorial;
- 34) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação, para a segmentação ambulatorial;

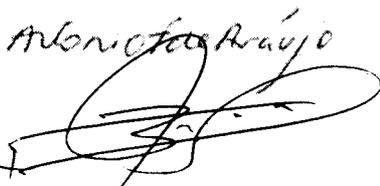
Monica de Araújo Eucledes




- 35) Embolizações, para a segmentação ambulatorial;
- 36) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto;
- 37) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando NÃO especificados no Anexo I da Resolução Normativa - RN n° 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada;

5.2 Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;

5.3 Os procedimentos de: Acilcarnitinas - Perfil Quantitativo e Qualitativo; Análise Molecular de DNA; Angiotomografia Coronariana; Audiometria Vocal com Mensagem Competitiva/Avaliação do Processamento Auditivo Central; Aidez de IgG para Toxoplasmose; Biópsia Percutânea a Vácuo Guiada por Raio X ou Ultrassonografia - US (Mamotomia); Bloqueio com Toxina Botulínica tipo A para Tratamento de Distonias Focais, Espasmo Hemifacial e Espasticidade; BRAF; Cintilografia do Miocárdio – corresponde aos seguintes procedimentos: Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Estresse Farmacológico, Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Estresse Físico, Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Repouso; Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica); Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia); Cirurgia Refrativa (PRK ou LASIK); Citomegalovírus - Qualitativo por PCR; Coloboma – Correção Cirúrgica; Colocação de Banda Gástrica por Videolaparoscopia ou por Via Laparotômica; Cordotomia-Mielotomia por Radiofrequência; Dermolipectomia; Dímero-D; EGFR; Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução; Embolização de Artéria Uterina; Estimulação Elétrica Transcutânea; Fator V Leiden - Análise de Mutação; Galactose 1 - Fosfato Uridiltransferase; Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por Videolaparoscopia ou por via Laparotômica; Hepatite B - Teste Quantitativo; Hepatite C – Genotipagem; HER-2; HIV – Genotipagem; Implante Coclear; Implante de Anel Intraestromal; Implante de Córdio-Desfibrilador Implantável - CDI (inclui eletrodos e gerador); Implante de Eletrodo e/ou Gerador para Estimulação Medular; Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda; Incontinência Urinária – Tratamento Cirúrgico SLING ou Esfincter Artificial; Implante de Gerador para Neuroestimulação; Implante de Marca-passo Bicameral (Gerador + Eletrodos Atrial e Ventricular); Implante de Marca-passo Monocameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular); Implante de Marca-passo Multissítio (inclui Eletrodos e Gerador); Implante Intra-Tecal de Bombas para Infusão de Fármacos (Inclui Medicamento); Imunofixação para Proteína; Inibidor dos Fatores da Hemostasia; K-RAS; Mamografia Digital; Mapeamento Eletroanatômico Cardíaco Tridimensional; Microcirurgia a Céu Aberto por Radiofrequência da Zona de Entrada da Raiz Dorsal (Drezotomia – Drez); Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial – Mapa (24 horas); Oxigenoterapia Hiperbárica; Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por Fish (Fluorescence in Situ Hybridization); PET-SCAN Oncológico; Protrombina - Pesquisa de Mutação; Radioablação/Termoablação do Câncer Primário Hepático; Rizotomia Percutânea com ou sem Radiofrequência; Succinil Acetona; Terapia Antineoplásica oral para Tratamento do Câncer; Terapia Imunobiológica Endovenosa para Tratamento de Artrite Psoriásica, Doença de Crohn e Espondilite Anquilosante; Terapia Imunobiológica Endovenosa ou Subcutânea para Tratamento de Artrite Reumatóide; Teste Ergométrico (inclui ECG Basal Convencional); Teste de

Antonio Augusto Eucledes




Inclinação Ortotática (TILT TEST); Tomografia de Coerência Óptica; Transplante Alogênico de Medula Óssea; Transplante Autólogo de Medula Óssea; Tratamento Cirúrgico da Epilepsia; Tratamento Ocular Quimioterápico com Anti-Angiogênico; Consulta com Fisioterapeuta; Consulta com Nutricionista; Consulta/Sessão com Fonoaudiólogo; Consulta/Sessão com Psicólogo; Consulta/Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional; Consulta/Sessão com Terapeuta Ocupacional; Sessão de Psicoterapia; Atendimento/Acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico **SOMENTE TERÃO COBERTURA DENTRO DOS LIMITES ESTABELECIDOS NAS "DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR" E SUAS ATUALIZAÇÕES.**

6. DURAÇÃO DO CONTRATO

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

6.2 Caso a CONTRATANTE solicite ou dê causa à rescisão contratual antes do prazo mínimo de vigência estabelecido neste instrumento, caberá a esta última pagar à CONTRATADA multa rescisória equivalente a 50% (cinquenta por cento) sobre o valor total das parcelas vincendas.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

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

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de reabilitação física, fisioterapia e acupuntura;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para direito às internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e cobertura previstas neste contrato;
- h) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- i) 24 (vinte e quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

Monica de Araújo Eucledes
 + 

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

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

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

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer sem nenhum ônus para o beneficiário, cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes (DLP), definidas como aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

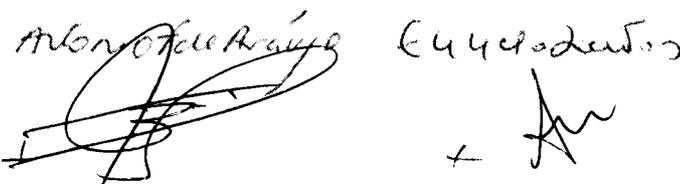
8.4 Caso a operadora contratada não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo.

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

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

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

8.7 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao

Monica de Araújo e *4444444444*


beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá: a) oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou b) oferecer o Agravio; ou c) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indicio de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

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

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 Estão cobertos os atendimentos nos casos de:

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

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

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

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

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

a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

c) garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;

d) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;

e) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

f) Garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

17/33

Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br

Monica de Araújo Eucledes



g) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;

h) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

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

a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;

b) caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.6 CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

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

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

18/33

Unimed Natal

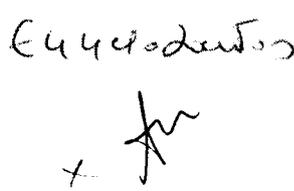
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br

Monica de Araújo


Eucledes


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

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

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Monica Araújo e outros


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

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

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

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

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

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

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

10.12 Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da

20/33

Unimed Natal

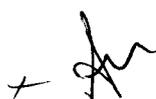
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br

Alfonso Araújo Eucledes

internação, quando a CONTRATADA emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

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

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

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

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

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

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

10.19 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos neste instrumento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

10.20 Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

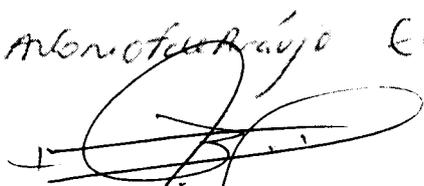
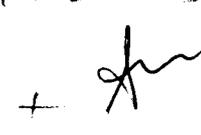
10.21 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

10.22 A CONTRATADA reserva-se no direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

10.23 COPARTICIPAÇÃO

10.23.1 Será da responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento de coparticipação sobre as internações psiquiátricas, na seguinte hipótese:

10.23.1.1 Será cobrada coparticipação do beneficiário no valor de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) pelo custeio de cada período de internação psiquiátrica, uma vez ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no transcorrer de um mesmo ano de contrato.

Monotratado e 4 clodentes
 + 

10.23.2 A responsabilidade pelo pagamento da coparticipação perdurará ainda que a conta seja apresentada após a saída do beneficiário do plano, desde que relacionadas a eventos realizados na vigência do contrato.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 FORMAÇÃO DO PREÇO

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

11.2 MENSALIDADE

11.2.1 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por beneficiário (titulares e dependentes), os valores relacionados na Proposta de Adesão vinculada a este instrumento, para efeito de mensalidade, de acordo com seu número de beneficiários.

11.2.2 As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, obedecido ao disposto na Proposta de Adesão.

11.2.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual disciplinado neste instrumento.

11.2.4 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, considerando o início da vigência contratual e vencimento da fatura estabelecido na Proposta de Adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

11.2.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

11.2.6 O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será de exclusiva responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE.

11.2.6.1 Caberá à pessoa jurídica CONTRATANTE efetuar o pagamento das mensalidades dos seus beneficiários inadimplentes nos moldes deste instrumento.

11.2.7 Caberá a CONTRATANTE pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término deste instrumento, caso solicite ou dê causa a rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato.

11.2.8 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

11.2.9 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.

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

12. REAJUSTE

Monique Araújo
Elysete Santos
Ar

12.1 Os valores previstos neste instrumento e pactuados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

12.2 Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente entre as partes, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

12.3 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98.

12.4 O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 (doze) 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.

12.5 Fica estabelecido que independente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.6 Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA for impedida de praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal por um índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.7 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

12.8 Na hipótese de se constatar 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 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

12.9 Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional Suplementar de Saúde Suplementar, nos termos do que dispõe a Resolução específica sobre o assunto.

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

12.11 DAS REGRAS SOBRE O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA FINS DE CÁLCULO E APLICAÇÃO DE REAJUSTE

12.11.1 É obrigatório à **CONTRATADA** formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

12.11.2 Após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no item 12.11.4 caberá à **CONTRATADA** calcular um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

DA APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

23/33

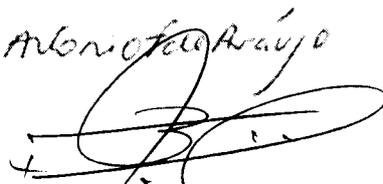
Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br

Alfonso Araújo Eucledes
 

12.11.3 Considera-se **período de apuração da quantidade de beneficiários** o período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que deverão ser agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa, conforme artigo 6º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

12.11.4 A quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no subitem a seguir.

12.11.4.1 Para os contratos firmados após a vigência da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra prevista no item 12.11.4, que corresponderá ao mês de aniversário do contrato.

12.11.5 Será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários no mês de seu aniversário, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

12.11.5.1 Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior a 29 (vinte e nove) beneficiários, quantidade estabelecida para a formação do agrupamento no mês de seu aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

12.11.5.2 A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

DA APLICAÇÃO DO PERCENTUAL DE REAJUSTE

12.11.6 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato, no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

12.11.6.1 O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

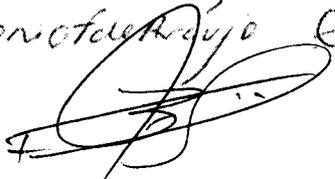
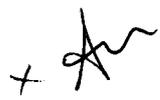
12.11.6.2 O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

12.11.6.3 Aos contratos não agregados ao agrupamento deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos deste contrato.

12.11.6.4 O cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado para o agrupamento de contratos agregados obedecerá às seguintes fórmulas:

$$\text{Reajuste} = (1 + R_{\text{técnico}}) \times (1 + R_{\text{financeiro}}) - 1 \quad (1)$$

$$R_{\text{técnico}} = \frac{S}{S_m} - 1 \quad (2)$$

Monica Rêgo Euzébio

+ 

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Custos Assistenciais}}{\text{Receita total}} \quad (3)$$

(1) A avaliação do reajuste será realizada com base na fórmula 1, onde o $R_{\text{Financeiro}}$ (*) consiste na inflação médica prevista para os próximos doze meses e o $R_{\text{Técnico}}$ o percentual necessário a ser aplicado nas mensalidades, para que haja o reequilíbrio atuarial-financeiro.

(*) Para efeitos deste instrumento o $R_{\text{Financeiro}}$ equivale ao índice de reajuste dos planos privados de assistência à saúde suplementar individuais e familiares, divulgado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

(2) O reajuste técnico ($R_{\text{Técnico}}$) é definido conforme a fórmula 2, onde S corresponde a sinistralidade observada nos últimos 12 (doze) meses e S_m a meta de sinistralidade, correspondente a 70% (setenta por cento). Caso S seja inferior S_m , ou seja, a sinistralidade seja inferior a meta, o reajuste técnico será igual a 0 (zero).

(3) De tal modo, o cálculo do reajuste será baseado na sinistralidade dos contratos agrupados. A sinistralidade, conforme a Fórmula 3, consiste na divisão entre os custos assistenciais e a receita total com mensalidades. A sinistralidade é uma medida que reflete a representatividade dos custos assistenciais em relação às receitas.

12.11.7 O primeiro reajuste de que trata a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), será aplicado a partir do mês de maio de 2013 até abril de 2014, na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento.

12.11.8 Excepcionalmente para o primeiro reajuste será apurada a quantidade de beneficiários do mês de janeiro de 2013 em cada contrato.

12.11.9 A cláusula de reajuste já existente no presente instrumento será aplicada caso o referido contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento.

13. FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Para fins deste contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

- 1ª - 0 até 18 anos;
- 2ª - de 19 a 23 anos;
- 3ª - de 24 a 28 anos;
- 4ª - de 29 a 33 anos;
- 5ª - de 34 a 38 anos;
- 6ª - de 39 a 43 anos;
- 7ª - de 44 a 48 anos;
- 8ª - de 49 a 53 anos;
- 9ª - de 54 a 58 anos;
- 10ª - 59 anos ou mais.

25/33

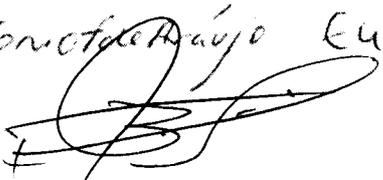
Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br

Monica de Araújo Eucledes
 + 

13.2 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

13.3 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

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

14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

14.1.1 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 30 (trinta) dias, caberá a esta última requerer a suspensão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

14.1.2 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 60 (sessenta) dias, caberá a esta última requerer a exclusão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

14.2 A exclusão ou a suspensão da assistência à saúde dos beneficiários pela operadora só poderá ocorrer, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude; ou

b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n 9.656/98.

14.3 O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será automaticamente excluído do contrato.

14.4 Também será excluído o usuário que vier a falecer.

14.5 Qualquer dependente que perder a condição de dependência, o qual será automaticamente excluído do plano, poderá assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como usuário dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

15. RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 A CONTRATADA poderá rescindir este contrato IMEDIATAMENTE no caso de fraude ou atraso de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

15.2 Na ocorrência de rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, caberá à CONTRATANTE pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

26/33

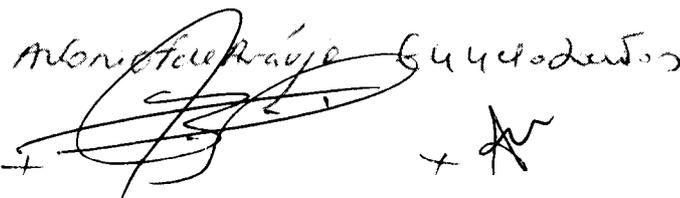
Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br



15.3 O atraso no pagamento das mensalidades pela CONTRATANTE por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

15.4 Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da CONTRATADA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitido inclusão ou exclusão de usuários.

15.5 Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

15.6 As partes acordam pela rescisão contratual quando houver divergência quanto ao percentual de reajuste anual a ser aplicado neste instrumento.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal, na qualidade de beneficiários, relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

ADJUVANTES: São os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

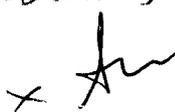
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: É qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário para que o mesmo tenha direito integral à cobertura contratada, para doença e lesão preexistente declarada.

AMBULATÓRIO: Estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários.

ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: São as atividades executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à

Antonio de Araújo

Euclides


anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 e suas atualizações.

ATENDIMENTO CLÍNICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: É aquele realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

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 consequências.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

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

BENEFÍCIO: É uma cobertura não obrigatória pela regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, oferecida aos usuários, nas condições expressas no contrato.

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

CARÊNCIA: É o período ininterrupto do contrato no qual é paga a mensalidade do plano de saúde, contado a partir da data de ingresso do(s) beneficiário(s) no plano, durante o qual o(s) mesmo(s) não têm direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cédula onde se determina a identidade do usuário, validade, código de inscrição na UNIMED NATAL, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol da segmentação ambulatorial e da segmentação hospitalar com obstetria divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

COBERTURAS: São as cláusulas contratadas que definem os direitos dos usuários.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do CONTRATANTE e dos beneficiários inscritos em um mesmo plano de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO: Parte efetivamente pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à utilização do procedimento.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de

Atenciosamente




políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

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

CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do usuário.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e mancebia; amigado, amasiado, companheiro.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o documento preenchido pelos usuários inscritos pelo CONTRATANTE ou seu representante legal, de próprio punho, que expressa as condições gerais de saúde dos usuários deste contrato.

DEPENDENTE: Pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

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 CONGÊNITA: Doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

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.

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

EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença, nesta definição incluídas as eventuais internações hospitalares.

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

EXAMES BÁSICOS: São os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 e suas atualizações: a) análises clínicas; b) citopatologia; c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; d) eletrocardiograma; 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.

EXAMES ESPECIAIS: São todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 e suas atualizações, exceto aqueles definidos como básicos.

EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: É o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o usuário seja portador antes da contratação.

GUIA MÉDICO: Livro de publicação da contratada, onde consta a relação de médicos cooperados, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados para atendimento dos beneficiários.

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.

INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano, condicionado ao aceite da UNIMED NATAL.

Monica Rêgo Euzébio

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Situação na qual o beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico cooperado assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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

MÉDICO COOPERADO: É o médico que participa com cotas da UNIMED NATAL - SOCIEDADE COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibu, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN.

MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.

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

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

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

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.

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

PROCEDIMENTO: É qualquer ato médico praticado e seus complementares, entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.

PROCEDIMENTO/CONSULTA ELETIVA: É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência (inclusive consultas) e que podem ser programados.

PRODUTOS: São modalidades de planos oferecidos pela UNIMED NATAL.

PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento preenchido pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o proponente manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos neste instrumento.

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 e suas atualizações, que referencia os procedimentos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetria, hospitalar com obstetria).

SERVIÇOS PRÓPRIOS DA UNIMED NATAL: Estabelecimento hospitalar ou Clínica/Consultório de propriedade da Unimed Natal.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Unimed Natal, mas que são citadas no **GUIA MÉDICO** da Unimed Natal, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.

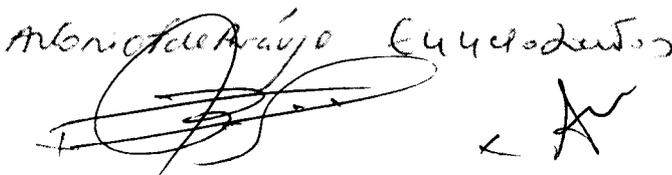
Antonio de Araújo Eucledes


TABELA DE REFERÊNCIA: Lista indicativa de procedimentos médico-hospitalares e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

UNIMED: É uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

USUÁRIO: pessoa física que usufruirá os serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme previsto neste instrumento.

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

USUÁRIO DEPENDENTE: qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao usuário titular, na forma e condições previstas neste instrumento, exclusivamente.

16.2 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimentos por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que a CONTRATADA manifesta sua inconstitucional concordância para todos os fins de direito.

16.3 A CONTRATADA não autorizará procedimentos em qualquer hospital, clínica ou terceiro prestador de serviço credenciado que adote tabela de preços própria, diferente da Tabela de Referência, praticada pela UNIMED NATAL ou por outra Cooperativa Médica Unimed com o qual o prestador mantiver contrato, cabendo ao usuário que optar por estes estabelecimentos arcar com os custos decorrentes do atendimento, assumindo as despesas e negociando diretamente com o prestador.

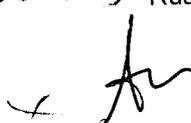
16.4 A Unimed Natal não reembolsará despesas efetuadas em Hospitais que não possuam convênio com a Unimed local ou com outras Cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed para atendimento de intercâmbio, salvo nos casos previstos neste instrumento, dentro da área de abrangência contratual.

16.5 A CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a UNIMED NATAL a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.6 A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE e de seus usuários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

16.7 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data de sua assinatura, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Antonio Augusto Eucledes



16.8 A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares da Unimed Natal.

16.9 Nos contratos de planos coletivos por adesão é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes do trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

16.10 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.11 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

16.12 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC), firmado pelos contraentes.

16.13 É obrigação do CONTRATANTE fornecer ao usuário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, bem como do **GUIA MÉDICO DA UNIMED NATAL**.

17. ELEIÇÃO DE FORO

17.1 Fica eleito o foro da Comarca do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

DECLARAÇÃO

Na Qualidade de representantes legais da EMPRESA CONTRATANTE, declaramos:

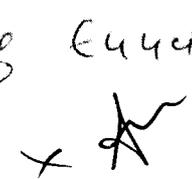
- a) Que lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato, cujas exclusões e limitações estão de acordo com os preços estipulados.
- b) Que compreendemos o teor das tabelas de serviços médicos e hospitalares e entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.
- c) Que temos ciência de que a responsabilidade pelo pagamento do valor de coparticipação É NOSSA, e perdurará ainda que o usuário já tenha sido excluído do plano no momento de apresentação da conta.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

Natal, 1º de agosto de 2015.

32/33

Unimed Natal
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN
Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526
www.unimednatal.com.br

Montealegre Araújo
 *Eucledes*




UNIMED NATAL
Dr. Antônio Francisco de Araújo
Presidente

UNIMED NATAL
Dra. Edailna Maria de Melo Dantas
Vice-Presidente

CONTRATANTE
CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome: **Gutemberg Silva**
CPF: **Analista de Relacionamento
Empresarial Interno Mat. 1543
Unimed Natal**
Nome: **Bárbara de Mendonça Sena**
CPF: **Analista Relacionamento
Empresarial Interno Mat. 1412
UNIMED NATAL**



PROPOSTA DE ADMISSÃO – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO PLANO UNICOL II - IE

CONTRATADA: Unimed Natal Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ/MF – 08.380.701/0001-05

CONTRATANTE: SIND DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIARIO DO ESTADO DO RN CNPJ: 08.693.715/0001-89

INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento **RAMO DE NEGÓCIO:** Atividades de organizações sindicais

ENDEREÇO: Rua Radialista Monteiro Neto. nº 1492. Bairro: Candelária II. CEP: 59064-140. Natal/RN.

TELEFAX: (84) 3204-5442 / 3204-5443 / 99935-0524 / 99917-1756

CONTATO: Tarcilla Medeiros

DIRETOR: Bernardino de Sena Fonseca e Alexandre Lima Santos

NÚMERO DE USUÁRIOS: 747

TITULAR: -

DEPENDENTE: -

PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: Doze meses, a partir de 01/08/2015

VENCIMENTO DA FATURA: Dia 05 (cinco) de cada mês.

MODALIDADE: Enfermaria

TIPO DE CONTRATO: Pré-pagamento

SOS UNIMED: Não.

SEGURO: Não.

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

Isento: Consultas e exames de diagnóstico simples.

Isento: Exames de diagnósticos especiais, terapia e fisioterapia,

Isento: Cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas.

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

Isento: Parto.

MENSALIDADE POR USUÁRIO

Faixa Etária	Mensalidade	Reajuste(%)
00 A 18 anos	R\$ 139,39	0,00
19 a 23 anos	R\$ 151,22	8,50
24 a 28 anos	R\$ 164,84	9,00
29 a 33 anos	R\$ 184,61	12,00
34 a 38 anos	R\$ 217,85	18,00
39 a 43 anos	R\$ 267,96	23,00
44 a 48 anos	R\$ 342,98	28,00
49 a 53 anos	R\$ 439,02	28,00
54 a 58 anos	R\$ 561,94	28,00
59 anos em diante	R\$ 836,15	48,80

Natal, 01 de agosto de 2015.

CONTRATANTE:

UNIMED NATAL
Dr. Antônio Francisco de Araújo
Presidente

CONTRATANTE:

UNIMED NATAL
Dra. Edailna Maria de Melo Dantas
Vice-Presidente

TESTEMUNHAS:

Gutemberg Silva
Analista de Relacionamento
Empresarial Interno Mat. 1543
Unimed Natal

Bárbara de Mendonça Sena
Analista Relacionamento
Empresarial Interno Mat. 1412
UNIMED NATAL

DECLARAÇÃO

CONTRATANTE: **SIND DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIARIO DO ESTADO DO RN**
CÓDIGO DO CONTRATO: 7655

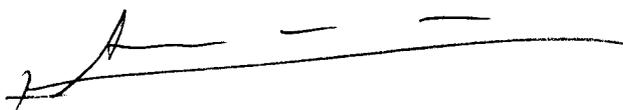
Declaramos que temos ciência da existência do plano-referência, previsto no artigo 10 da Lei 9.656/98, que nos foi oferecido o mesmo pela Unimed Natal, sob a denominação EMPRESARIAL AMPLO E, e registro SIMPAS nº 451.283/04-9, com a segmentação prevista no referido artigo 10 da Lei 9.656/98.

Declaramos ainda que recusamos a oferta do plano-referência, optando pelo Contrato coletivo por ADESÃO UNICOL II - IE, com segmentação distinta.

Natal, 1º de agosto de 2015



CONTRATANTE



SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED NATAL
Rua Mipibu, 511 – Petrópolis – Natal/RN – CEP 59020-250 – Telefax (84) 3220.6200
www.unimednatal.com.br