

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

Plano UNIFÁCIL ADESÃO, Especial Com Obstetrícia

N.º de Registro do Produto na ANS: 460.601/09-9

Formação do Preço: Híbrido

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Padrão de acomodação: APARTAMENTO

Área de Abrangência Geográfica: GRUPO DE MUNICÍPIOS

6799

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

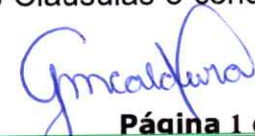
- a. Operadora: UNIMED PORTO VELHO – SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA
- b. CNPJ n.º: 05.657.234/0001-20
- c. Registro da operadora na ANS n.º: 33.737-4
- d. Classificação da operadora na ANS: COOPERATIVA MÉDICA
- e. Endereço: AV. CARLOS GOMES, N.º 1259, CENTRO – PORTO VELHO (RO).
- f. CEP: 76.801-109 Fone: (69) 3217-2002

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

- a. Razão Social: SINDICATO DOS SERV. DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RO
- b. Nome Fantasia: SINJUR
- c. CNPJ n.º 34.482.307/0001-98
- d. Responsável pelo contrato: Gislaine Magalhães Caldeira - Presidente
- e. Endereço: Rua Venezuela, nº 1082 – Nova Porto Velho
- f. Município: Porto Velho UF: RO CEP: 76.820-100
- g. Fone: (69) 3217-9250



Por este instrumento particular, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas UNIMED e Contratante, respectivamente, resolvem celebrar este **Contrato de Plano de Assistência à Saúde para Prestação de Serviços Médicos, Ambulatoriais e Hospitalares com Obstetrícia**, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes:



ÍNDICE

TEMA I.	ATRIBUTOS DO CONTRATO	
Cláusula I.	Objeto do Contrato.....	4
Cláusula II.	Natureza do Contrato.....	4
Cláusula III.	Nome Comercial e n.º de registro do Plano na ANS.....	4
Cláusula IV.	Tipo de Contratação do Plano de Saúde.....	4
Cláusula V.	Tipo de Segmentação Assistencial	4
Cláusula VI.	Área Geográfica de Abrangência	4
Cláusula VII.	Padrão de Acomodação em Internação.....	5
TEMA II.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	
Cláusula VIII.	Condições de Admissão.....	5
TEMA III.	COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	
Cláusula IX.	Cobertura e Procedimentos Garantidos.....	8
TEMA IV.	EXCLUSÕES DE COBERTURA	
Cláusula X.	Exclusões de Cobertura.....	15
TEMA V.	DURAÇÃO DO CONTRATO	
Cláusula XI.	Vigência.....	18
Cláusula XII.	Condições de Renovação Automática.....	18
TEMA VI.	PERÍODOS DE CARÊNCIA	
Cláusula XIII.	Períodos de Carência.....	19
TEMA VII.	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	
Cláusula XIV.	Doenças e Lesões Preexistentes.....	20
TEMA VIII.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
Cláusula XV.	Urgência e Emergência.....	22
Cláusula XVI.	Reembolso	23
Cláusula XVII.	Remoção	24
TEMA IX.	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	
Cláusula XVIII.	Mecanismos de Regulação.....	25

Cláusula XIX.	Garantia de Atendimento.....	28
Cláusula XX.	Rede de Prestadores	29
Cláusula XXI.	Fator Moderador.....	30
TEMA X.	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	
Cláusula XXII.	Formação de Preço	31
Cláusula XXIII.	Pagamento da Mensalidade.....	31
TEMA XI.	REAJUSTE	
Cláusula XXIV.	Reajuste.....	33
TEMA XII.	FAIXAS ETÁRIAS	
Cláusula XXV.	Faixas Etárias.....	35
TEMA XIII.	BÔNUS - DESCONTOS	
Cláusula XXVI.	Descontos.....	36
TEMA XIV.	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	
Cláusula XXVII.	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário.....	36
TEMA XV.	RESCISÃO / SUSPENSÃO	
Cláusula XXVIII.	Suspensão	37
Cláusula XXIX.	Rescisão.....	37
TEMA XVI.	DISPOSIÇÕES GERAIS	
Cláusula XXX.	Disposições Gerais.....	38
TEMA XVII.	ELEIÇÃO DO FORO	
Cláusula XXXI.	Eleição do Foro.....	42
ANEXOS		
Anexo I.	Declaração de Oferta do Plano Referência.....	43
Anexo II.	Procedimentos Exames Ambulatoriais de Rotina.....	44
Guia de Leitura Contratual		46

Goncalves

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Cláusula I. OBJETO DO CONTRATO

O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei n.º 9.656/98, abrangendo cobertura de serviços continuados de assistência médico-hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica, de diagnóstico e terapia, com a cobertura dos tratamentos de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, **cujos procedimentos constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação do produto, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada da UNIMED PORTO VELHO.

Cláusula II. NATUREZA DO CONTRATO

Contrato de adesão revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do disposto nos artigos 423 e 424 do Código Civil, sendo aplicadas às regras do Código de Defesa do Consumidor, em especial o seu artigo 54.

Cláusula III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Este plano é comercializado com o nome Unifácil Adesão, Especial com Obstetrícia, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n.º 460.601/09-9

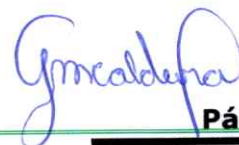
Cláusula IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Este contrato possui o Tipo de contratação Coletivo por Adesão, que oferece Plano de Assistência à Saúde com cobertura prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial, conforme conceituação constante no artigo 9º da Resolução Normativa da ANS – RN n.º 195/2009.

Cláusula V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação Assistencial do Plano de Saúde contratado é Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia, nos termos do item 02 do Anexo II da RN n.º 100/05.

Cláusula VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA



Página 4 de 47

O presente contrato garante todas as coberturas de assistência à saúde previstas na Cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, na área de abrangência geográfica Grupo de Municípios – Região 5, conforme classificação constante no Anexo II da IN-DIPRO n.º 23/09, abrangendo exclusivamente os municípios de **Porto Velho, Candeias do Jamari, Guajará Mirim, Ariquemes, Ji-paraná, Cacoal, Pimenta Bueno e Vilhena.**

Cláusula VII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O Contratante terá direito à acomodação hospitalar em quarto individual, ou seja, internação em apartamento, na forma do item 7 da RN 100/05.

7.1. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados/credenciados da UNIMED, nos moldes contratados, é garantido aos beneficiários o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional para o Contratante, conforme disposto no artigo 33 da Lei n.º 9656/98.

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Cláusula VIII. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O presente contrato se caracteriza pela contratação coletiva por adesão, ou seja, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista, ou setorial, permitindo a inclusão dos dependentes.

8.1. Para efeito deste Contrato, o profissional, classista ou setorial da CONTRATANTE será considerado o beneficiário TITULAR.

8.2. Serão considerados BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, aqueles que mantenham com o Titular uma das seguintes relações familiar, devidamente comprovada:

- i. Cônjuge;
- ii. Filhos(as) solteiros(as) ou tutelados(as), até 18 (dezoito) anos de idade;
- iii. Filhos(as) solteiros(as) ou tutelados(as), universitários, até 24 (vinte e quatro) anos de idade;
- iv. Enteados(as) menores e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- v. Menores tutelados com guarda provisória;
- vi. O(a) companheiro(a) que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- vii. O(a) companheiro(a) na união homoafetiva que comprove união estável, conforme lei.

- viii. Filhos (as), enteados (as) comprovadamente inválidos(as).
 - ix. Netos (as), até 18 (dezoito) anos;
 - x. Sobrinhos (as), até 18 (dezoito) anos;
 - xi. Pai e mãe que sejam comprovadamente dependentes econômicos do titular do Plano de saúde, declarado junto à Receita Federal.
- 8.3. A adesão do grupo familiar que se refere item 8.2, dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR no contrato.
- 8.4. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência informada pelos TITULARES.
- 8.4.1. A Contratante obriga-se a comunicar à CONTRATADA através de formulário fornecido pela UNIMED, até o dia 25 de cada mês, as inclusões e exclusões de beneficiários dependentes para os efeitos deste contrato.
 - 8.4.2. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.
 - 8.4.3. A inclusão do beneficiário será processada através do Termo de Adesão que, atendidas as condições, integrará este contrato para todos os fins de direito.
 - 8.4.4. O Termo de Adesão para menores de 18 (dezoito) anos de idade deverá ser preenchido e assinado pelo beneficiário titular ou seu responsável legal.
 - 8.4.5. Serão considerados beneficiários deste Plano de Assistência à Saúde, com todas as obrigações, responsabilidades e os direitos declarados neste contrato, todo proponente que cumprir plenamente os requisitos dispostos neste contrato, fornecendo cópia dos documentos que comprovem a veracidade das informações, além da cópia dos documentos de identidade civil, da inscrição no cadastro da pessoa física – CPF/MF, do Cartão Nacional de Saúde - CNS, comprovante de residência, certidão de nascimento e casamento sua e de seus dependentes no ato da assinatura deste Contrato.
- 8.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular, os dependentes estarão vinculados ao titular no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.
- 8.6. É assegurada a inclusão, como beneficiário dependente, do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que, simultaneamente:
- i. o beneficiário a que o recém-nascido irá ser vinculado **já tenha cumprido integralmente as carências relativas à cobertura obstétrica**; e



Página 6 de 47

- ii. **a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após o nascimento ou a adoção.
- 8.6.1 Ao recém-nascido inscrito com isenção de carência, conforme as condições descritas acima, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária.
- 8.7. É assegurada a inclusão, como beneficiário dependente, do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, nos termos do inciso VII, do artigo 12 da Lei n.º 9.656/98.
- 8.8. A inclusão de filho que ocorrer na vigência deste Contrato, fora do prazo acima mencionado, estará subordinada aos prazos de carência legais.
- 8.9. É assegurada a inclusão como beneficiário dos novos profissionais, classistas ou setoriais, e seus respectivos dependentes, a qualquer momento, **desde que cumpra o período de carência, nos termos da Cláusula XIII, deste contrato.**
- 8.10. Para o cônjuge, quando o matrimônio ocorrer durante a vigência deste Contrato, **se for inscrito como Usuário Dependente no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data do evento**, haverá aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos pelo Beneficiário Titular, pagando a mensalidade *per capita* do mês correspondente ao da inclusão.
- 8.11. Os beneficiários inscritos fora dos prazos acima mencionados ficarão submetidos aos períodos de carência previstos neste contrato e ao pagamento dos valores vigentes na data da inscrição.
- 8.12. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o profissional, classista ou setorial da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.
- 8.13. Na vigência do CONTRATO, as inclusões e exclusões de BENEFICIÁRIOS serão comunicadas pela CONTRATANTE, ficando esta responsável pela utilização indevida dos serviços objeto deste CONTRATO.
- 8.14. Em caso de exclusão do Titular, o dependente será excluído automaticamente.

TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS



Página 7 de 47

Cláusula IX. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A Unimed assegurará aos beneficiários, regularmente inscritos neste contrato e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura assistencial para as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, compreendendo os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, ou seja, consultas, atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais, exames complementares e auxiliares, **desde que definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e Diretrizes de utilização vigentes à época do evento**, conforme detalhamento a seguir:

- 9.1. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, de acordo com os critérios estabelecidos na Lei n.º 9.263/1996:
 - i. Consulta de aconselhamento para Planejamento familiar;
 - ii. Atividade Educacional para Planejamento familiar;
 - iii. Sulfato de Dehidroepiandrosterona (SDHEA);
 - iv. Implante de Dispositivo intra-uterino (DIU).
- 9.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- 9.3. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
- 9.4. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, definido pela ANS, incluindo o tratamento de doenças profissionais como lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), bem como o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho.
- 9.5. Cobertura Ambulatorial, compreendendo os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios.
 - 9.5.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, respeitados os critérios técnicos, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, considerando as **EXCLUSÕES DE COBERTURA**, especificadas neste Contrato.
 - 9.5.2. Cobertura de consultas/sessões de nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, **conforme indicação do médico assistente**, de acordo com o estabelecido na Resolução Normativa da ANS que define o Rol de procedimentos obrigatórios para os planos de assistência à saúde.



Página 8 de 47

- 9.5.2.1. **O número de sessões cobertas é limitado à quantidade mínima definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar**, conforme as Diretrizes de utilização da ANS na forma estabelecida em Instrução Normativa específica.
- 9.5.3 Cobertura de psicoterapia realizado tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme indicação do médico assistente**, de acordo com o estabelecido na Resolução Normativa da ANS que defini o Rol de procedimentos obrigatórios para os planos de assistência à saúde.
- 9.5.3.1 **O número de sessões cobertas é limitado à quantidade mínima definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar**, conforme as Diretrizes de utilização da ANS na forma estabelecida em Instrução Normativa específica.
- 9.5.4 Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatras como por fisioterapeutas, **conforme indicação do médico assistente**.
- 9.5.5 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, quando imprescindível sua realização em ambiente hospitalar.
- 9.5.6 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
- i. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - ii. Quimioterapia oncológico ambulatorial;
 - iii. Radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, etc.);
 - iv. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - v. Hemoterapia ambulatorial;
 - vi. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, **limitadas à cobertura obrigatória, dentro dos parâmetros e indicações estabelecidas nas Diretrizes de Utilização publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**
- 9.5.7 Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:
- i. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
 - ii. A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente



Página 9 de 47

após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

- iii. O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

9.6. Cobertura Hospitalar com Obstetrícia.

9.6.1. Durante a internação hospitalar, a UNIMED garante aos beneficiários, **dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados**, os seguintes serviços hospitalares:

- i. Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, (exceto o previsto no item xx, da presente cláusula) valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ii. Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela Unimed, o beneficiário terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional;
- iii. O beneficiário poderá optar por internações hospitalares em acomodações superiores às previstas neste Contrato. Esta opção, todavia, implicará no pagamento pelo Contratante das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, cujo montante será ajustado entre as partes (Contratante e Prestador), não havendo interferência ou responsabilidade da UNIMED;
- iv. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- v. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, para o beneficiário que estiver internado;
- vi. Cobertura de exames complementares, **desde que definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e Diretrizes de utilização vigentes à época do evento**, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos e gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados no período de internação hospitalar.**
 - a. **Os materiais especiais e medicamentos especiais (ex.: quimioterápicos) necessários e indicados pelo médico assistente, durante o período de internação hospitalar, serão fornecidos dentro das normas e regras da UNIMED.**

- vii. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- viii. Remoção inter-hospitalar do paciente, comprovadamente necessária, conforme previsto neste Contrato, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato;**
- ix. Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital à acompanhante **do beneficiário menor de dezoito anos** e com **idade igual ou superior a sessenta anos**, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- a. **As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, que não possuam cobertura assistencial serão de responsabilidade do Contratante, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.**
- x. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial **que necessitem de ambiente hospitalar**, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- xi. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos ambulatoriais **passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar**, devidamente com o laudo de justificativa do médico assistente, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.
- a. **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.**
- xii. Cobertura para os procedimentos considerados especiais, **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, cuja necessidade**

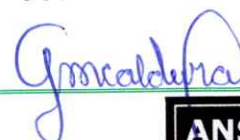
esteja relacionada à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar. Destacando-se os abaixo relacionados:

- a. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - b. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c. Radioterapia (incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar);
 - d. Hemoterapia;
 - e. Nutrição parenteral e enteral;
 - f. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;
 - g. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;
 - h. Radiologia intervencionista;
 - i. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j. Procedimentos de Fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;
 - k. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, **exceto medicação de manutenção.**
- xiii. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva da mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias **para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.**
- xiv. Cobertura para o procedimento Dermolipectomia, exclusivamente para correção de Abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida.
- xv. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.
- xvi. Cobertura para os procedimentos obstétricos e relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e puerpério.
- xvii. A cobertura para um acompanhante, indicado pela mulher, durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- xviii. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, Titular ou seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que cumpridas integralmente as carências para procedimentos obstétricos,** sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

- xix.** Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, **desde que cumpridas integralmente as carências para procedimentos obstétricos e que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta dias) do nascimento ou da adoção.**
- xx.** Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, incluindo:
- O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativo, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. A Operadora **estabelecerá coparticipação do beneficiário no custeio da internação nos casos em que o período de internação ultrapassar o prazo de 30 (trinta) dias previsto, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, sendo a referida coparticipação no percentual de 50% (cinquenta por cento) do custeio das despesas (somatório das diárias, taxas, honorários, materiais, medicamentos e demais despesas vinculadas) com os dias de internação excedidos.**
 - O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. A Operadora **estabelecerá coparticipação do beneficiário no custeio da internação nos casos em que o período de internação ultrapassar o prazo de 15 (quinze) dias previsto, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, sendo a referida coparticipação no percentual de 50% (cinquenta por cento) do custeio das despesas (somatório das diárias, taxas, honorários, materiais, medicamentos e demais despesas vinculadas) com os dias de internação excedidos.**
 - Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
 - Cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
 - Apenas para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionadas na Classificação Estatística Internacional de**

Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, ao beneficiário será assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

- f. Procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.
- xxi.** Cobertura dos transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, **desde que preenchidas as diretrizes de utilização definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**
- xxii.** Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade hospital-dia, em internações de curta permanência, **a critério do médico assistente.**
- xxiii.** Cobertura das despesas com seus procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**
- a. Os beneficiários, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- b. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor.
- xxiv. Órteses e próteses de origem nacional com registro na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quando ligadas ao ato cirúrgico.**
- a. Conforme previsto na legislação vigente e nas Resoluções da ANS, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) **mas não o fabricante das órteses, próteses e materiais especiais – OPME** necessários à execução dos procedimentos que compõe a cobertura obrigatória prevista neste contrato.
- b. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar



cl clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

- c. Nos casos em que o médico assistente prescrever produtos importados, que não possuam similares nacionais, a Unimed se responsabilizará pelo pagamento, **desde que o referido produto possua registro junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária.**
- d. **As próteses e órteses serão fornecidas pela UNIMED, conforme estabelecido na Resolução Normativa do CFM n.º 1.956/2010, a qual determina ao profissional médico a indicação, no caso de solicitação de material especial, órtese e prótese – OPME para procedimentos cirúrgicos, determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) da OPME implantável, necessário e adequado à execução do procedimento, dentro dos parâmetros éticos e técnicos previstos pelo CFM e na Resolução Normativa da ANS n.º 387 de 2015 (ou outras que venham substituí-las), sendo vedado ao profissional assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.**

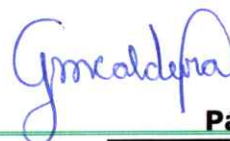
xxv. As coberturas descritas neste tema serão válidas se estiverem em conformidade com os protocolos e diretrizes de utilização da ANS.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA


Cláusula X. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Seguem abaixo especificado, as exclusões de cobertura à Assistência contratada, com vistas ao disposto no artigo 10 da Lei n.º 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei n.º 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, não sendo autorizada pela Operadora a realização dos seguintes procedimentos:

- i. **Atendimento, Consulta e OU Internação em caráter Domiciliar ou “Home Care”, cuidador ou técnico de enfermagem em qualquer período que seja, em âmbito domiciliar.**
- ii. **Fornecimento de medicamentos, alimentação enteral, alimentação parenteral, fraldas e materiais para tratamento domiciliar.**



- iii. **Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento ambulatorial, sem internação hospitalar.**
- iv. **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental assim definido pela autoridade competente.**
 - a. **Sendo assim considerado aquele tratamento que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país.**
 - b. **Aquele tratamento que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.**
 - c. **Aquele tratamento que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*).**
- v. **Serviços prestados por médico não cooperado ou estabelecimento não pertencente à Rede Assistencial credenciada pela UNIMED de Porto Velho, como permitido pelo caput, do art. 1 da Lei 9.656/98, observado a respeito do reembolso, o que dispõe o artigo 12, inciso VI da Lei n.º 9.656/98.**
- vi. **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.**
 - a. **Ressalvada a hipótese prevista no artigo 10-A da Lei 9.656/98 que prevê a prestação de serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.**
- vii. **Inseminação artificial.**
- viii. **Fertilização “in vitro”.**
- ix. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento.**
- x. **Tratamento em clínicas de emagrecimento; clínicas de repouso; estâncias hidrominerais; clínica para acolhimento de idosos e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar.**
- xi. **Procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, exames médicos e laboratoriais admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, bem como laudos para fins de admissão em concursos públicos.**
- xii. **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isso é, aqueles produzidos fora do território nacional e não possuem registro vigente na ANVISA.**
- xiii. **Aviamento de óculos e lentes.**



- xiv. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico.
- xv. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios de origem importada não nacionalizada, mesmo que vinculados ao ato cirúrgico.
- xvi. Técnicas cinesioterápicas específicas, tais como Pilates, Reeducação Postural Global (RPG), Hidroterapia.
- xvii. Cirurgias para mudança de sexo.
- xviii. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- xix. Resgate domiciliar e outro tipo de resgate extra-hospitalar do paciente.
- xx. Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do beneficiário, com ou sem imperativo de ordem médica.
- xxi. Enfermagem em caráter particular na residência ou em hospital.
- xxii. Permanência hospitalar após a alta médica.
- xxiii. Atendimento em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- xxiv. Vacinas.
- xxv. **Medicamentos ou quaisquer materiais e equipamentos, em caso de atendimento domiciliar, bem como os não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (www.ans.gov.br).**
- xxvi. Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- xxvii. **Transplantes**, exceto córnea, rim e transplantes autólogos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- xxviii. Especialidades ou procedimentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- xxix. Procedimentos Odontológicos, ortodontia e quaisquer outros decorrentes, exceto cirurgias odontológicas e buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
- xxx. Aluguel de equipamentos hospitalares ou similares e despesas extraordinárias do beneficiário não relacionadas com o tratamento.

- xxxi. Despesas de locomoção (como passagens aéreas, terrestres, marítimas), hospedagem ou alimentação.
- xxxii. Despesas extraordinárias com acompanhante em casos de internação hospitalar, observado o disposto no artigo 12, inciso II, alínea "f" da Lei n.º 9.656/98.
- xxxiii. Dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; serviços extraordinários requeridos pelo Beneficiário tais como telefone, televisão, frigobar, estacionamento, caso ocorram, o pagamento será de responsabilidade exclusiva do Beneficiário, pois não são incluídos na cobertura contratada.
- xxxiv. **Pediasuit, Therasuit, bobath, musicoterapia, equoterapia métodos terapêuticos ABA ou TEACCH e outras terapias e técnicas não especificamente previstas no Rol de procedimentos obrigatórios estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**
- xxxv. Implante Percutâneo de Válvula Aórtica – TAVI.

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula XI. VIGÊNCIA

O presente contrato terá início de vigência na data de sua assinatura e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos. Após os primeiros 12 (doze) meses de contratação haverá necessidade de manifestação favorável e escrita da CONTRATANTE para renovação. A partir dessa condição, o contrato renovar-se-á automaticamente, prorrogando-se por tempo indeterminado.

- 11.1. Para efeito de contagem dos períodos de carências será considerada como início da vigência a data de inscrição do Beneficiário, Titular ou Dependente, no plano, constante no respectivo Termo de Adesão.
- 11.2. A data do início da vigência é considerada a data da assinatura do contrato, para efeito do reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei n.º 9.656/98.
- 11.3. Em nenhuma hipótese poderá ser exigida pela CONTRATADA cobrança de taxa ou de qualquer outro valor como condição para a renovação do presente contrato.

Cláusula XII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Após os primeiros 12 (doze) meses de contratação o contrato renovar-se-á automaticamente, prorrogando-se por tempo indeterminado, e, em nenhuma hipótese poderá

ser exigida pela UNIMED cobrança de taxa ou qualquer outro valor como condição para a renovação do presente contrato, conforme determina o artigo 13 da Lei 9656/98.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula XIII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

13.1. Nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, **não será exigido o cumprimento de carência se:**

- i. A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.
- ii. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato.

13.2. Após o transcurso dos prazos acima definidos o BENEFICIÁRIO (Titular e Dependente) cumprirá para o atendimento previsto neste contrato, os seguintes prazos de carência, contados efetivamente a partir da data de inclusão do beneficiário no plano:

- i. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência.
- i. 30 (trinta) dias para os casos de consultas médicas.
- ii. 30 (trinta) dias para exames ambulatoriais de rotina (conforme Anexo II, o qual faz parte integrante do presente contrato).
- iii. 180 (cento e oitenta) dias para as consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.
- iv. 180 (cento e oitenta) dias para sessões de psicoterapia.
- v. 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos ambulatoriais.
- vi. 180 (cento e oitenta) dias para fisioterapia.
- vii. 180 (cento e oitenta) dias para endoscopia.
- viii. 180 (cento e oitenta) dias para ultrassonografia.
- ix. 180 (cento e oitenta) dias para tomografia.
- x. 180 (cento e oitenta) dias para ressonância magnética.
- xi. 180 (cento e oitenta) dias para internações eletivas.
- xii. 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos especiais (como quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise).
- xiii. 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias.
- xiv. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

- xv. 300 (trezentos) dias para partos a termo.
- 13.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da Contratante.
- 13.4. Não se transmitirão os prazos de carência já cumpridos por um beneficiário para outro, mesmo que haja dependência entre eles, exceto nas hipóteses de inclusão de filho (natural ou adotivo) realizada até 30 (trinta) dias do parto ou da adoção.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

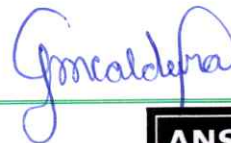
Cláusula XIV. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

As doenças e lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu responsável, sabem ser portador ou sofredor, à época da adesão e inclusão no plano como beneficiário.

- 14.1. O Beneficiário Titular está obrigado, na oportunidade da inclusão no Plano, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador de doença ou lesão preexistente.
- 14.2. A informação será prestada, através de Declaração de Saúde cujo formulário é parte integrante deste contrato.
- 14.2.1. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por médico referenciado pela UNIMED, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 14.2.2. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não referenciado pela UNIMED, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 14.2.3. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 14.2.4. Na Declaração de Saúde, o beneficiário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão voluntária caracterizar fraude contratual.
- 14.3. Poderá a UNIMED, em cumprimento ao disposto no *Caput* do artigo 11 da Lei n.º 9.656/98, junto ao beneficiário Titular e/ou seu Dependente, identificar eventuais lesões e/ou doenças preexistentes.
- 14.4. **A UNIMED poderá, no momento da contratação, realizar perícia e solicitar exames complementares, no TITULAR e em seus DEPENDENTES, por ocasião do**

preenchimento da Declaração de Saúde, sendo o ônus financeiro de responsabilidade da UNIMED.

- 14.4.1.** Ocorrendo a realização da perícia, a Operadora não poderá alegar posteriormente a existência de doença e lesão preexistente não declarada pelo Beneficiário, durante o preenchimento do formulário de Declaração de Saúde.
- 14.4.2.** Não 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/ou de procedimentos de alta complexidade, a Operadora oferecerá cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.
- 14.5. Quando verificada a existência de lesões ou doenças preexistentes, a UNIMED deverá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT).**
- 14.5.1.** Cobertura parcial temporária é aquela que admite, por um período ininterrupto de **até 24 (vinte e quatro) meses**, a partir da adesão ao plano coletivo 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.
- 14.5.2.** A existência da CPT constará discriminada na Declaração de Saúde, a ser assinada pelo beneficiário e que faz parte integrante deste Contrato. Findo o prazo da Cobertura Parcial Temporária a cobertura passará a ser integral.
- 14.6.** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato, a critério da CONTRATADA. Nesse caso, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.
- 14.7.** A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro meses), podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento.
- 14.7.1.** À UNIMED caberá o ônus da prova.
- 14.7.2.** A UNIMED poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação.



- 14.7.3. Quando a UNIMED alegar a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o beneficiário será imediatamente comunicado.
- 14.7.4. Caso o beneficiário não concorde com a alegação, a UNIMED encaminhará a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação nos termos da RN/ANS n.º 162/07, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 14.7.5. A UNIMED não poderá, sob qualquer alegação, efetuar a negativa de cobertura ou a suspensão dos serviços ora contratados até o resultado do julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula XV. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 15.1. É garantida pela UNIMED cobertura dos atendimentos nos casos de urgência e de emergência, assim definidos como: **emergência os que implicam em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, caracterizados por declaração do médico assistente; urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.**
- 15.2. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que implicam em risco de vida ou danos físicos para o BENEFICIÁRIO ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 15.3. Nos casos de urgência e emergência, os BENEFICIÁRIOS poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela UNIMED, devendo para tanto, identificarem-se como BENEFICIÁRIOS, apresentando a carteira/cartão de identificação fornecida pela Unimed e um documento de identidade oficial.
- 15.4. Após transcorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Contrato, o **Beneficiário que estiver em período de carência** e necessitar de atendimento de **emergência** terá direito a 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial. Transcorridas as 12 (doze) horas ou se o quadro evoluir para internação, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira passará a ser da Contratante, não cabendo ônus à UNIMED sobre os serviços realizados após o período das primeiras 12 (doze) horas.
- 15.5. Após transcorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Contrato, o **Beneficiário que estiver em período de carência** e necessitar de atendimento de **urgência e emergência referentes ao processo gestacional**, limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial. Transcorridas as 12 (doze) horas ou se o quadro evoluir para internação, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade

financeira passará a ser da Contratante, não cabendo ônus à UNIMED sobre os serviços realizados após o período das primeiras 12 (doze) horas.

- 15.6. Após transcorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Contrato, será garantido, ao beneficiário, sem restrições o atendimento de **urgência decorrente de acidente pessoal**.
- 15.7. No caso de atendimento de **emergência relacionado com Doenças ou Lesões Preexistentes** que possuem Cobertura Parcial Temporária, quando o Beneficiário necessitar de eventos cirúrgicos, utilizar leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, terá atendimento, depois de transcorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Contrato, com direito a 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial.
- 15.7.1. Transcorridas as 12 (doze) horas ou se o quadro evoluir para internação, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira passará a ser do Contratante, não cabendo ônus à UNIMED sobre os serviços realizados após o período das primeiras 12 (doze) horas.
- 15.8. O atendimento nos casos de urgência e emergência, definidos no artigo 35C da Lei n.º 9.656/98, **quando o Beneficiário já tiver cumprido todos os períodos de carência**, terá cobertura a esse atendimento que evoluir para internação, desde a sua admissão até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e função, conforme declaração do médico assistente responsável pelo Beneficiário.

Cláusula XVI. REEMBOLSO

Em casos exclusivos de urgência e emergência, assim caracterizados por declaração médica, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratados pela UNIMED, o Beneficiário terá direito a reembolso da despesa decorrente, **de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto**, como determina o inciso VI, do Artigo 12, da Lei Federal 9.656/98.

- 16.1. Somente será objeto de reembolso as despesas ocorridas nos casos em referência no *caput* desta Cláusula, **dos serviços incluídos na cobertura obrigatória prevista neste contrato**.
- 16.2. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, assim considerada:
- Relatório do médico assistente;
 - Conta hospitalar, com descrição dos procedimentos (Código da tabela CBHPM, exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos) e honorários médicos;
 - Nota fiscal dos serviços prestados e correspondente recibo de quitação.

- 16.3.** Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
- 16.4.** No caso de reembolso de despesas para planos com previsão de cobrança de coparticipação, sobre o valor a ser reembolsado já incidirá o desconto correspondente à coparticipação prevista no contrato.

Cláusula XVII. REMOÇÃO

É garantida aos Beneficiários TITULARES e seus DEPENDENTES, a **remoção inter-hospitalar**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação quando essa cobertura não estiver garantida, conforme artigo 12, alínea “e”, inciso II, da Lei 9.656/98.

17.1. É garantida, também, a remoção para uma unidade do SUS – Sistema Único de Saúde, nos casos do consumidor estar cumprindo carência ou em período de cobertura parcial temporária relacionada a doenças e lesões preexistentes, após a realização dos os atendimentos classificados como urgência e emergência, nas hipóteses de internação ou atendimento superior a 12 (doze) horas.

17.1.1. Caberá à UNIMED 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, disponibilizando ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade do paciente, quando efetuar seu registro na Unidade do SUS.

17.1.2. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela a qual foi encaminhado (SUS) a operadora está desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

17.1.3. Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

17.2. A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outros estabelecimentos hospitalares, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro.

Parágrafo único: não faz parte da cobertura contratual o resgate extra-hospitalar do paciente, como a remoção do paciente da sua casa para o atendimento hospitalar,

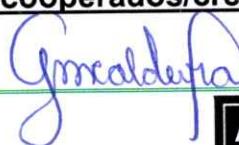


sendo coberta tão somente a remoção de paciente já internado entre instituições hospitalares, conforme previsão neste instrumento.

TEMA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula XVIII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 18.1. A UNIMED, para fins de atendimento, emitirá carteira/cartão de identificação aos BENEFICIÁRIOS contendo as informações necessárias para facilitar o atendimento.
- 18.2. Os serviços, objeto da contratação, serão prestados **por médicos cooperados e prestadores pertencentes à Rede Credenciada da Unimed Porto Velho**, unicamente aos BENEFICIÁRIOS inscritos, desde que portadores da carteira/cartão de identificação e documento oficial de identidade com foto.
- 18.3. Será garantida a cobertura para serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, **desde que definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e Diretrizes de utilização vigentes à época do evento**, solicitado por médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição às solicitações feitas por profissionais não pertencentes à rede própria ou credenciada da Unimed.
- 18.3.1. Em caso de solicitação de procedimentos feita por médico ou cirurgião-dentista não pertencente à Rede Credenciada, o Beneficiário deverá, antes de buscar o atendimento, comparecer na Central de Autorização da Unimed Porto Velho para realizar a transcrição da solicitação no formulário padrão TISS/ANS, utilizado pela Operadora, e obter a autorização, **sendo o ônus do pagamento dos honorários dos profissionais não pertencentes à Rede Credenciada de responsabilidade exclusiva do Beneficiário**.
- 18.4. O beneficiário, após cumprimento dos períodos de carência previstos neste instrumento, deverá dirigir-se aos consultórios particulares dos médicos cooperados, laboratórios, estabelecimentos hospitalares, serviços radiológicos ou clínicas de sua escolha, **dentre os INTEGRANTES DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA da UNIMED PORTO VELHO**, munido da carteira/cartão de identificação da UNIMED, documento oficial de identidade com foto, pedido médico ou encaminhamento, conforme o caso.
- 18.5. A UNIMED, obedecida a Abrangência Geográfica e Segmentação Assistencial deste contrato, assegurará aos beneficiários, regularmente inscritos e depois de satisfeitas as respectivas condições, os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos e os atendimentos de urgência e emergência, conforme especificado abaixo, que serão realizados **exclusivamente por seus médicos cooperados/credenciados e dentro**

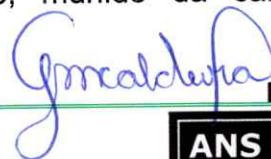


dos seus recursos próprios ou credenciados, conforme relação disponibilizada ao CONTRATANTE:

- i. Consultas médicas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, **dentre os cooperados/credenciados da UNIMED, sendo necessário o encaminhamento do médico generalista (CLÍNICO GERAL, PEDIATRA OU GINECOLOGISTA/OBSTETRA) para a autorização do atendimento com o médico especialista;**
- ii. Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicoterapia: serão prestadas em consultórios ou clínicas credenciadas, após solicitação de profissional médico e prévia autorização da Unimed Porto Velho.
- iii. Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados à Unimed Porto Velho, observando:
 - a. As autorizações das internações deverão ser previamente solicitadas pelo médico, salvo em casos de urgência e emergência, e serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente em guia de internação expedida pela UNIMED.
 - b. Nos casos de urgência e emergência o prestador executante terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados e encaminhar à UNIMED a solicitação de autorização para a internação.
 - c. A internação hospitalar será processada mediante apresentação da "Guia de Internação" expedida pela UNIMED, com o "Pedido de Internação" preenchido pelo médico assistente, carteira/cartão de identificação da UNIMED, identidade civil.
 - d. O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará na guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para patologias semelhantes.
 - e. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o prestador executante deverá apresentar à CONTRATADA a respectiva solicitação do médico assistente.
- iv. Exames Complementares e serviços auxiliares: serão prestados pela rede própria ou contratada após solicitação de profissional médico.

18.6. Para a realização dos serviços que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, **após o cumprimento dos períodos de carência** previstos neste instrumento, além da documentação exigida no item acima, deverá estar portando a referida autorização.

18.6.1. Para obtenção da autorização prévia da Operadora para realização do procedimento solicitado pelo médico assistente, o beneficiário, munido da carteira/cartão de



identificação da UNIMED, identidade civil e do pedido médico, deverá manter contato com a Central de atendimento da Contratada.

18.6.2. Com exceção dos atendimentos de urgência ou emergência e consultas médicas eletivas, todos os demais procedimentos (inclusive consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicoterapia) necessitam de autorização prévia.

18.6.3. Para autorizar procedimentos cirúrgicos, tratamentos quimioterápicos e exames de alta complexidade, a Unimed poderá exigir perícia e/ou auditoria, a ser realizada por profissional de saúde.

18.7. A autorização de procedimentos de transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, será garantida, devendo ser observada a legislação específica.

18.7.1. O beneficiário, candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

18.8. A UNIMED se compromete a:

- i. Fornecer ao beneficiário laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;
- ii. Garantir ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação;
- iii. **Garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.**

18.9. Na ocorrência de atraso de pagamento da mensalidade, superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos doze meses da vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de

inadimplência, o atendimento aos Beneficiários será suspenso e o Contrato ficará passível de cancelamento.

- 18.9.1.** A notificação de inadimplência será encaminhada ao endereço informado pelo Contratante, sendo válido o seu recebimento por qualquer pessoa presente no referido endereço no ato da entrega da notificação.
- 18.9.2.** É obrigação do Contratante manter seu cadastro atualizado junto à Contratada, inclusive fornecendo cópia de comprovante de residência quando houver alteração de endereço.

Cláusula XIX. GARANTIA DE ATENDIMENTO

Conforme as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Resolução Normativa n.º 259, de 17 de junho de 2011, a Operadora Unimed Porto Velho deverá garantir o atendimento do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, nos prazos, abaixo especificados:

- i. Consulta básica – com médicos especialistas em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
 - ii. Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
 - iii. Consulta/sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
 - iv. Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
 - v. Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
 - vi. Procedimentos de alta complexidade – PAC (assim definidos pela ANS no anexo da Resolução Normativa que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS): em até 21 (vinte e um) dias úteis;
 - vii. Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
 - viii. Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis.
- 19.1.** Os prazos supra citados serão considerados a partir do momento em que o beneficiário informar à Operadora a sua demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização, devendo a autorização, quando necessária, ocorrer durante este período.
- 19.2.** Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento e não a um prestador escolhido pelo beneficiário.



- 19.3. Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência ou à área de atuação do produto, a Operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município.
- 19.4. O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela Operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.
- 19.5. Na impossibilidade de acordo entre a Operadora e o prestador não credenciado ou na ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no mesmo município e nos municípios limítrofes a este, a Operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, independentemente de sua localização, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados nesta cláusula.
- 19.6. A Operadora fica desobrigada do transporte a que se refere no item anterior caso exista prestador credenciado no mesmo município ou nos municípios limítrofes.

Cláusula XX. REDE DE PRESTADORES

Não serão autorizadas consultas, procedimentos e internações em médicos e prestadores que não pertencentes à Rede Credenciada da Unimed Porto Velho.

- 20.1 A rede credenciada da Unimed Porto Velho consta no guia médico entregue ao Contratante no ato da contratação, com sua respectiva atualização disponibilizada via Internet, no site www.unimedportovelho.coop.br.
- 20.2 **Não serão autorizadas as internações em Hospitais que NÃO PERTENCEM À REDE CREDENCIADA da Unimed Porto Velho.**
- 20.3 A UNIMED fornecerá ao Contratante, no ato da assinatura do Contrato, glossário de termos técnicos e médicos, material explicativo, bem como relação dos médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas especializadas pertencentes à rede assistencial CREDENCIADA, seus endereços e serviços contratados, que estará também disponível via Internet, endereço www.unimedportovelho.coop.br, com as atualizações constantes.
- 20.4 É facultada à UNIMED a exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE 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, conforme o art. 17, parágrafo 1º da Lei 9.656/98.
- 20.4.1 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico assistente, na forma deste instrumento contratual.

- 20.4.2 Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.
- 20.4.3 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
- Nome da Entidade a ser excluída;
 - Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
 - Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando à necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
 - Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Cláusula XXI. FATOR MODERADOR

Este Contrato possui como fator moderador, a cobrança de coparticipação para todos os serviços utilizados pelos Beneficiários.

21.1. Conforme estabelecido na Resolução CONSU n.º 08/98, entende-se como coparticipação a parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora de Plano de saúde, referente à realização do procedimento.

21.2. O valor da coparticipação a ser pago pelo Contratante será cobrado pela Operadora, após a realização do procedimento, acrescentando na mensalidade.

- A cobrança da coparticipação será efetivada após a conferência e o processamento da cobrança encaminhada pelo prestador que executou o serviço.
- Um processo de cobrança da coparticipação depende do envio da documentação do atendimento pelo prestador, o que demora, em média 150 (cento e cinquenta) dias, variando conforme o local onde o atendimento fora realizado, podendo inclusive agrupar a cobrança de coparticipação referente a atendimentos de meses diferentes.

21.3. Os parâmetros de cobrança de coparticipação adotados serão conforme discriminados a seguir:

21.3.1. Para internações, clínicas ou cirúrgicas, fica acordada neste Contrato, a coparticipação no valor de R\$430,00 (quatrocentos e trinta reais) por internação sem interrupção, independentemente do tempo de permanência e dos serviços e procedimentos realizados durante a internação hospitalar.

21.3.2. Para consultas eletivas e de urgências o Contratante arcará com o pagamento de 40% (Quarenta por cento) sobre o valor dos honorários médicos.

- 21.3.3.** Para exames simples, conforme anexo II, o Contratante arcará com o pagamento de 30% (trinta por cento) sobre os valores dos exames, procedimentos e insumos.
- 21.3.4.** Para exames especiais e procedimentos ambulatoriais o Contratante arcará com o pagamento de 30% (trinta por cento) sobre os valores dos exames, procedimentos e insumos (materiais, medicamentos, taxas, gases, órteses, próteses, etc.).
- 21.3.5.** O valor a ser cobrado em coparticipação, por guia de atendimento, é limitado a R\$390,00 (trezentos e noventa reais).
- 21.4.** Os valores de coparticipação estabelecidos em moeda corrente, conforme itens 21.3.1 e 21.3.4, na presente cláusula, serão submetidos a reajustes anuais, no mês de aniversário do contrato, com base no índice de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para o reajuste dos planos individuais.
- 21.5.** Para o cálculo do valor dos honorários médicos, dos procedimentos ambulatoriais e exames complementares realizados pela rede credenciada tomar-se-á como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM em vigor.
- 21.6.** Os procedimentos não constantes na referida tabela terão como referência, para o cálculo da quantidade do Coeficiente de Honorários, a tabela praticada pela UNIMED Porto Velho com os seus prestadores.
- 21.7.** Para cálculo do valor dos insumos a referência será a tabela praticada pela UNIMED Porto Velho com os prestadores da rede credenciada na área de abrangência deste Contrato.
- 21.8.** Quando a Unimed Porto Velho, em atendimento às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Resolução Normativa n.º 259, de 17 de junho de 2011, efetuar o pagamento, excepcionalmente, com valores superiores aos estabelecidos na sua tabela de preços praticada com sua rede credenciada, o valor da coparticipação devida pelo beneficiário à Unimed Porto Velho, será calculada sobre os valores pagos pela Unimed ao prestador que realizou o atendimento.

TEMA X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Cláusula XXII. FORMAÇÃO DO PREÇO

O pagamento a ser realizado pela cobertura assistencial contratada será em forma de **pré-pagamento**, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária antes e independentemente da utilização das coberturas, conforme item 11 do Anexo II da RN n° 100, de 2005.

Cláusula XXIII. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

A Contratante obriga-se a pagar à UNIMED, a importância mensal obtida pela soma dos valores das mensalidades conforme a quantidade de beneficiários (Titular e Dependente) inscritos no plano.

23.1. Será acrescido aos valores acima estipulados, apenas no pagamento da 1º (primeira) mensalidade do beneficiário, o valor referente à taxa de inscrição (conforme tabela vigente no momento da inclusão) por cada beneficiário incluído.

23.1.1. A taxa de inscrição será cobrada para cada nova inscrição solicitada pela CONTRATANTE, junto com a respectiva mensalidade.

23.2. O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à UNIMED será de responsabilidade da Pessoa Jurídica CONTRATANTE.

23.3. Os valores das mensalidades serão cobrados via boleto com data de vencimento em 25 de cada mês, podendo a UNIMED adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

23.4. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado, sem a incidência de multa ou cobrança de juros, até o primeiro dia útil subsequente ao vencimento.

23.5. Se a CONTRATANTE não receber o documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à UNIMED para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa pelo atraso no pagamento.

23.6. Em caso de atraso de pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente aos dias de atraso e correção monetária nos termos da lei vigente até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

23.7. A Contratante reconhece que os valores das mensalidades vencidas constituem dívida líquida, certa e exigível, caracterizando o presente Contrato título extrajudicial, podendo a UNIMED proceder à sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste Contrato.

23.8. O recebimento pela UNIMED de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

23.9. O recebimento de parcelas não integrais do valor das mensalidades do plano, não é considerado como mensalidade quitada, ficando em aberto o débito, até a quitação integral da obrigação e sobre eventual diferença no valor da mensalidade não paga, incidirá juros de 1% ao mês, correção monetária e multa de mora de 2%.

23.10. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

- 23.11.** O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante, por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, poderá ser excluído do plano, mediante um pedido formal da Contratante.
- 23.11.1.** Na ocorrência de atrasos de pagamento da mensalidade, a contratante compromete-se a encaminhar a notificação por escrito ao beneficiário até o 15º dia de inadimplência.
- 23.11.2.** Não havendo pagamento de mensalidade do beneficiário superior a 30 dias, consecutivos ou não, a contratante, poderá requerer por escrito à contratada a suspensão do beneficiário do plano de saúde.
- 23.12.** Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

TEMA XI - REAJUSTE

Cláusula XXIV. REAJUSTE

Nos termos da legislação vigente, todos os valores estipulados neste Contrato serão reajustados anualmente.

- 24.1.** Para o reajuste financeiro anual, aplicado sobre o valor da mensalidade e os valores de coparticipação estabelecidos neste contrato, será utilizado o índice divulgado e autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de acordo com regulamentação em vigor.
- 24.2.** Na hipótese da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS deixar de estabelecer o índice de reajuste para planos individuais, o presente contrato será reajustado pelo IPCA – Saúde da Fundação Getúlio Vargas (Índice Nacional de Preços ao Consumidor da Saúde) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.
- 24.3.** Sempre que houver nova regulamentação no setor, modificação substancial na política econômico-financeira ou imposição por decisão judicial, os valores mensais serão recalculados.
- 24.3.1.** **Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e especialmente o número de beneficiários vinculados no ato da contratação. Assim, qualquer alteração destes itens será procedida mediante aditivo contratual, com consequente repactuação dos valores devidos.**

- 24.4. Fica estabelecido que não haverá reajuste da contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.
- 24.5. 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 dos 12 (doze) meses consecutivos.
- 24.6. O mês da assinatura do contrato será considerado como data-base de aniversário para a aplicação do reajuste.
- 24.6.1. Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titular e dependentes, ativo ou inativo), serão reajustados integralmente na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.
- 24.7. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, ressalvadas as alterações de valores por mudança de faixa etária.
- 24.8. Além do reajuste anual, previsto no item 24.1 desta Cláusula, **os preços também serão reajustados** na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, **buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato e/ou da carteira de agrupamento de planos coletivos, nos termos descritos a seguir:**
- 24.8.1. Seguindo as regras atuariais que norteiam as avaliações de desempenho dos planos na saúde suplementar, o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato é constatado quando o nível de sinistralidade do contrato e/ou do grupo de contratos ultrapassarem o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas nos últimos 12 (doze) meses consecutivos de utilização assistencial.
- 24.8.2. Neste caso, o percentual do reajuste ideal a ser aplicado será obtido com o cálculo da seguinte fórmula: $R = (S/Sm) - 1$. Onde R = reajuste; S = sinistralidade apurada no período e Sm = meta de sinistralidade expressa em contrato.
- 24.8.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, para recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, o percentual apurado segundo o cálculo descrito no item anterior, deverá ser acrescido ao percentual do reajuste financeiro anual, previsto no item 24.1 deste contrato, sendo aplicados na mesma data, de modo a garantir a anualidade dos reajustes.
- 24.8.4. A recomposição do equilíbrio econômico-financeiro visa atender à determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que dispõe na RN 209/09 sobre os

critérios de manutenção dos Recursos próprios mínimos e constituição de provisões técnicas a serem observadas pelas Operadoras, o qual define que as Operadoras de Plano de Saúde não podem gastar mais do que arrecadam para manter seu equilíbrio financeiro.

- 24.9.** Em todas as hipóteses de reajuste, conforme previsto nesta Cláusula, deverá ocorrer comunicação à ANS, além de fazer constar no primeiro boleto com o valor reajustado, o que determina a RN n.º 171/08, ou conforme a determinação das resoluções que a substituírem.
- 24.10. Para análise dos custos assistenciais e obtenção da sinistralidade apurada no período,** seguindo as regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em sua **Resolução Normativa n.º 309/2012**, deve-se observar o número de beneficiários ativos no contrato, na época do reajuste, de modo a manter o critério para análise individual do contrato no caso de planos de saúde com mais de 30 beneficiários ativos ou o critério de análise de contratos agrupados para planos coletivos com até 30 beneficiários ativos, nos termos abaixo especificados.
- 24.10.1.** A RN 309/12 estabelece que sejam agrupados, obrigatoriamente, todos os contratos coletivos empresariais e os contratos coletivos por adesão que possuam menos de 30 beneficiários.
- 24.10.2.** O agrupamento de contratos visa o cálculo e a aplicação de um reajuste único, com a finalidade de promover a distribuição do risco entre os contratos coletivos que compõem o referido agrupamento.
- 24.10.3.** A quantidade de beneficiários será avaliada na data de sua assinatura e anualmente reavaliada, no mês de aniversário do contrato, para conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.
- 24.10.4.** Ficará disponível, no sítio eletrônico dessa operadora, www.unimedportovelho.coop.br, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

TEMA XII – FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula XXV. FAIXAS ETÁRIAS

Os valores das mensalidades são estabelecidos de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

- 25.1.** Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês correspondente ao aniversário do beneficiário.

25.2. Conforme a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, este Contrato possui 06 faixas etárias. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária corresponderá dos percentuais indicados abaixo, incidindo sempre sobre o preço correspondente à faixa etária anterior:

FAIXAS	IDADES	VALORES	VARIAÇÃO (%)
1ª	00 a 18	184,34	0,00%
2ª	19 a 23	232,23	25,98%
3ª	24 a 28	234,04	0,78%
4ª	29 a 33	241,90	3,36%
5ª	34 a 38	248,12	2,57%
6ª	39 a 43	289,01	16,48%
7ª	44 a 48	299,48	3,62%
8ª	49 a 53	318,84	6,46%
9ª	54 a 58	383,01	20,13%
10ª	Acima de 59	481,45	25,70%

25.3. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

Tema XIII – BÔNUS – DESCONTOS

Cláusula XXVI. DESCONTOS

Para contratação do presente termo, a contratada concedeu desconto relativo a cláusula XXI Fator Moderador, no período 12 meses sem a referida cobrança de coparticipação.

TEMA XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula XXVII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O Beneficiário TITULAR e/ou DEPENDENTE perderá a qualidade de beneficiário nos seguintes casos:

- Por solicitação formal da CONTRATANTE do plano;

- a. Ao beneficiário (titular ou dependente) excluído por solicitação da Contratante é facultada a contratação de um plano individual, aproveitando o período de carência já cumprido, desde que o novo contrato seja firmado em até 30 (trinta) dias, contados da data da exclusão. Neste caso, a sua mensalidade será equiparada à Tabela Vigente na época da transferência.
- ii. Por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- iii. A exclusão do beneficiário TITULAR cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.
- iv. Perder a qualidade de dependência exigida para sua inscrição, indicada na cláusula VIII, item 8.2.

TEMA XV – RESCISÃO / SUSPENSÃO

Cláusula XXVIII. SUSPENSÃO

O atendimento aos beneficiários inscritos no presente Contrato será SUSPENSO no caso de atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que a Contratante seja previamente notificado.

Cláusula XXIX. RESCISÃO

O presente Contrato será rescindido no caso de atraso no pagamento integral da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que a Contratante seja notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

29.1. Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, rescinde-se também este contrato, mediante prévia notificação, nos seguintes casos:

- i. Após o término do prazo mínimo de vigência, imotivadamente, por qualquer das partes mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.
- ii. Declaração de informações falsas ou incompletas, ou omissão destas, influenciando na celebração do contrato ou sua execução pelo contratante e respectivos beneficiários.
- iii. Qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato.
- iv. Utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o beneficiário, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar seu cartão para realização de quaisquer procedimentos.

- a. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, bem como dos respectivos beneficiários dependentes a que eles estiverem vinculados.
- v. Descumprimento das condições contratuais. Antes do término do prazo mínimo de vigência, é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 30% (trinta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.
- 29.3.** O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação expressa e formal, com 60 (sessenta) dias de antecedência.
- 29.4.** A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.
- 29.5.** A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa na data da rescisão formal do mesmo, com a assinatura de ambas as partes em termo específico, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.
- 29.6.** Rescindido o contrato, obriga-se a Contratante a devolver à UNIMED todas as carteiras/cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida e pelos prejuízos que derem causa, além de ser obrigada judicialmente a quitar as parcelas vencidas, nos casos de rescisão por inadimplência.
- 29.7.** Rescindindo-se o contrato, será calculado o valor relativo ao desequilíbrio financeiro-econômico da carteira, utilizando o método adotado para avaliação da sinistralidade, constante na cláusula de reajuste e subitens.
- 29.7.1.** Calculado o valor relativo ao desequilíbrio econômico-financeiro, será emitida a Fatura (Nota Fiscal) com o valor a ser quitado, o contrato só será considerado encerrado após o efetivo pagamento.

TEMA XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula XXX. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 30.1** Em conformidade com a Lei n.º 9.656/98 em seu artigo 1º e a Lei n.º 5.764/71, a qual dispõe sobre as Cooperativas, a UNIMED de Porto Velho, como Cooperativa de Trabalho Médico, possui sua área de atuação definida pelo seu Estatuto Social, os

municípios de Candeias do Jamari, Guajará-Mirim e Porto Velho, e portanto, não pode atuar fora de sua área de atuação.

- 30.2** Os serviços previstos neste Contrato serão prestados, exclusivamente, em território brasileiro, conforme consta no artigo 10 da Lei n.º 9.656/98.
- 30.3** Fica inequivocamente ajustado que as carteiras/cartões de identificação emitidos pela UNIMED ao Titular e seus Dependentes, em função das obrigações do presente Contrato são de propriedade exclusiva da UNIMED, obrigando-se a Contratante a devolvê-los no caso de rescisão contratual.
- 30.4** Ocorrendo a perda, roubo ou extravio do documento de identificação, a CONTRATANTE se obriga a informar imediatamente, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via **mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação (conforme tabela vigente no momento da solicitação)**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.
- 30.4.1** Nos casos de perda, roubo ou extravio, a responsabilidade da Contratante pela utilização indevida do documento de identificação, cessará a partir da apresentação à UNIMED do Boletim de Ocorrência Policial.
- 30.5** Os beneficiários que se sentirem prejudicados nos seus direitos contratuais deverão formalizar, por escrito, suas reclamações à UNIMED para providências.
- 30.6** A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.
- 30.7** Comprometem-se, a Contratada e a Contratante a observar e atender a legislação relativa ao Sigilo Médico.
- 30.8** Será de responsabilidade da CONTRATANTE informar aos beneficiários, no caso de cancelamento do benefício ou em caso de extinção do vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante, a possibilidade de manter-se como usuário do plano, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.
- 30.9** A CONTRATANTE, por seus Beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, assim como informações solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.
- 30.10** Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, quaisquer alterações das normas que impliquem em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.
- 30.11** Este contrato é revestido de característica **BILATERAL**, gerando direitos e obrigações às partes, segundo disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil, além da aplicação das regras previstas no Código de Defesa do Consumidor.

30.11.1 O Contrato estabelecido dispõe claramente sobre a cobertura assistencial prevista, disposta no Rol periodicamente atualizado da ANS e suas diretrizes de utilização (DUT), bem como disciplina, de maneira clara, ostensiva e inequívoca, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor, os produtos e serviços excluídos do contrato.

30.11.2 As demandas judiciais envolvendo os beneficiários do presente contrato, o Contratante será chamado a compor o polo passivo da demanda e manifestar-se sobre eventual alegação de prática ou cláusula abusiva alegada por vossos beneficiários.

30.12 Para facilitar o entendimento da Contratante e seus beneficiários, são apresentadas abaixo as seguintes definições de termos utilizados neste Contrato:

- i. **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;
- ii. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar;
- iii. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;
- iv. **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- v. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar;
- vi. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação;
- vii. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato;

- viii. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- ix. COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento;
- x. CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário;
- xi. DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato;
- xii. 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;
- xiii. DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho;
- xiv. EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;
- xv. EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;
- xvi. MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário;
- xvii. MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora;
- xviii. ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- xix. PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- xx. PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência;
- xxi. PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados;

Gomaldina

- xxii. TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora;
- xxiii. URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

TEMA XVII – ELEIÇÃO DO FORO

Cláusula XXXI. ELEIÇÃO DE FORO

Para solução de qualquer conflito derivado deste Contrato, Contratante e Contratada elegem o Foro da Comarca da Contratante, com renúncia de qualquer outro, correndo por conta da parte vencida todas as despesas judiciais ou extrajudiciais que a vencedora for obrigada a despender, inclusive, honorários de advogados, à razão de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa ou de condenação.

E, por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Porto Velho RO, 01 de setembro de 2021

PELA CONTRATANTE:

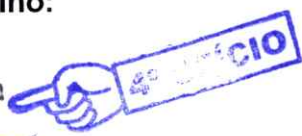


Gislaine Magalhães Caldeira

Razão Social: SINDICATO DOS SERV. DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RO
CNPJ n.º: 34.482.307/0001-98

PELA Unimed Porto Velho:

Dr. Robson Jorge Bezerra
Presidente
Unimed Porto Velho



Dr. Saleh M. Abdul Razzak
Diretor Administrativo
Unimed Porto Velho



UNIMED PORTO VELHO
CNPJ n.º: 05.657.234/0001-20

UNIMED PORTO VELHO
CNPJ n.º: 05.657.234/0001-20

Testemunhas:

1. _____

Nome:

CPF:

2. _____

Nome:

CPF:


ANEXO I

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que **recebi a oferta para a contratação** do plano de saúde **Plano Referência** – Por Adesão, da Operadora Unimed Porto Velho Sociedade Cooperativa Médica, com segmentação assistencial REFERÊNCIA, compreendendo cobertura médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia (cobertura para parto), compreendendo tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo n.º 12 da Lei n.º 9.656/98, com área abrangência geográfica municipal; registrada na ANS sob o n.º 460.189/09-1; ENTRETANTO, de livre e espontânea vontade, optei pela contratação do Plano ADESÃO, Unifácil Participativo Especial com Obstetrícia, com segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com Obstetrícia, acomodação em APARTAMENTO e abrangência geográfica Grupo de Municípios.

Porto Velho RO, 01 de setembro de 2021

Contratante: _____


Gislaine Magalhães Caldeira

Razão Social: SINDICATO DOS SERV. DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RO
CNPJ nº: 34.482.307/0001-98

ANEXO II

Relação dos procedimentos exames ambulatoriais de rotina (laboratoriais simples e raios-x), os quais possuem período de carência de 30 (trinta) dias e não necessitam de prévia autorização da Unimed Porto Velho, podendo o beneficiário dirigir-se diretamente ao estabelecimento de saúde que irá realizar o procedimento.

1. ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

- Exame citopatológico cérvico/vaginal e microflora

2. PATOLOGIA CLÍNICA

• BIOQUÍMICA

- Acido Úrico
- Amilase
- Bilirrubinas (direta, indireta e total) Cálcio
- Colesterol (HDL)
- Colesterol total
- Glicose
- Lípase
- Perfil lipídico/lipidograma
- Lítio
- Magnésio
- Mucoproteínas
- Potássio
- Proteínas totais, albumina e globulina
- Sódio
- Transaminase oxalacética (amino transferase asártato)
- Transaminase pirúvica (amino transferase alanina)
- Triglicerídios
- Uréia
- Colesterol LDL
- Colesterol VLDL
- Proteínas totais

• ESPERMA / LÍQUIDOS

- Espermograma (Caracteres Físicos, Ph, Fludificação, Mortalidade, Vitalidade, Contagem E Morfologia)

• FEZES / COPROLOGIA

- Leucócitos e hemácias, pesquisa nas fezes
- Leveduras, pesquisa de
- SWAB anal, pesquisa de oxiurius.
- Parasitológico
- Parasitológico, colheita múltipla com fornecimento do líquido

• HEMATOLOGIA LABORATORIAL

- Eritrograma (eritrócitos hemoglobina, hematócrito)
- Falcização, teste de
- Grupo ABO, classificação reversa
- Grupo sanguíneo ABO, determinação do
- Grupo sanguíneo ABO, e fator RHo (inclui DU)
- Hematócrito, determinação do

- Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)
- Hemossedimentação
- Hemácias, contagem de
- Leucograma
- Plaquetas, contagem de
- Plasmódio, pesquisa de
- Tempo de coagulação
- Tempo de coagulação (LEE-WHITE)
- Tempo de protrombina
- Tempo de sangramento (Duke)
- Tempo de sangramento de Ivy (simplate)
- Proteína c
- Leucócitos, contagem

• HORMÔNIOS / RADIOIMUNOENSAIO

- Gonadotrófico corioônico, hormônio (HCG)
- PSA antígeno específico total prostático total (PSA)

• IMUNOLOGIA

- Proteína c reativa
- Sífilis - VDRL

• MICROBIOLOGIA

- A fresco, exame
- Antibiograma (teste sensibilidade para antibióticos e quimioterápicos), por bactérias
- Antibiograma p/ bacilos álcool-ácido-resistentes
- Bacilos álcool-ácido-resistentes
- Bacterioscopia (GRAM ZIEHL ALBERT, etc.) por lâmina
- Urina com contagem de colônias
- Culturas em geral, compreendendo citoparasitológico, bacterios-cópico e identificação de bactérias aeróbicas em materiais ou líquidos orgânicos, tais como, exsudatos, transudatos, escarro, esperma, líquido, urina e secreções.

• URINÁLISE

- Acidez titulável
- Addis, contagem sedimentar de
- Rotina de urina, caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia

• DIVERSOS

- Muco-nasal, pesquisa de eosinófilos e mastócitos
- PROVAS DE ATIVIDADES DE FEBRE REUMÁTICA

**3. RADIODIAGNÓSTICO
CRÂNIO E FACE****• RAIOS-X**

- Rx Crânio – 2 incidências
- Rx Crânio – 3 incidências
- Rx Crânio – 4 incidências
- Rx Orelha, mastóides ou rochedos - bilateral
- Rx Planigrafia linear de crânio ou sela túrcica ou face ou mastóides
- Rx Órbitas – bilateral
- Rx Seios da face
- Rx Sela túrcica
- Rx Maxilar inferior
- Rx Ossos da face
- Rx Arcos zigomáticos ou malar ou apófises estilóides
- Rx Articulação temporo-mandibular bilateral
- Rx adenóides ou cavum
- Rx panorâmica de mandíbula – ortopantomografia
- Rx teleperfil em cefalostato – sem traçado
- Rx teleperfil em cefalostato – com traçado

• COLUNA VERTEBRAL

- Rx Coluna cervical AP LAT – TO ou flexão
- Rx Coluna cervical AP LAT – TO OBL
- Rx Coluna cervical funcional ou dinâmica
- Rx Coluna dorsal – 2 incidências
- Rx Coluna dorso lombar p/ escoliose
- Rx Coluna lombo sacra – 3 incidências
- Rx Coluna lombo sacra – 5 incidências
- Rx Sacro-coccix
- Rx Coluna dorso lombar para escoliose
- Rx Coluna total p/ escoliose (telespondilografia)

• ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS

- Rx esterno
- Rx articulação esterno clavicular
- Rx costelas hemitorax

- Rx clavícula
- Rx omoplata ou escápula
- Rx articulação acrômio-clavicular
- Rx articulação escápulo-umeral
- Rx braço
- Rx Cotovelo
- Rx antebraço
- Rx punho AP LAT OBL
- Rx mão ou quirodáctilos
- Rx mãos e punhos para idade óssea

• BACIA E MEMBROS INFERIORES

- Rx bacia
- Rx articulações sacro-ilíacas
- Rx articulação coxo-femural (quadril)
- Rx coxa
- Rx joelho
- Rx joelho ou rótula AP LAT – axial
- Rx joelho AP LAT OBL + 3 axiais
- Rx perna
- Rx articulação tíbio-társica
- Rx pé ou pododáctilos
- Rx calcâneo
- Escanometria
- Panorâmica de membros inferiores

• TÓRAX

- Rx tórax – 1 incidência
- Rx tórax – 2 incidências
- Rx tórax – 3 incidências
- Rx tórax – 4 incidências
- Rx coração e vasos da base
- Rx laringe ou hipofaringe ou pescoço (partes moles)
- Abreugrafia 100 mm
- Abreugrafia 35 ou 70 mm

• OUTROS EXAMES

- Rx abdômen simples
- Rx abdômen agudo

4. ELETROCARDIOGRAMA

Desta forma, estou ciente que todos os procedimentos que não estiverem constando na relação acima, possuem o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias e, obrigatoriamente, necessitarão de autorização prévia da UNIMED Porto Velho.

Porto Velho RO, 01 de setembro de 2021

Contratante: _____

Gislaína Magalhães Caldeira
Gislaína Magalhães Caldeira

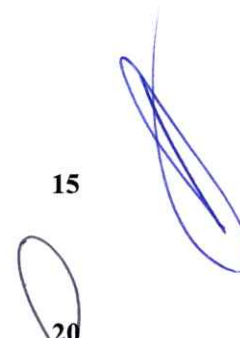
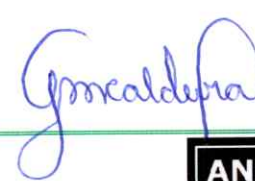
Razão Social: SINDICATO DOS SERV. DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RO
CNPJ nº: 34.482.307/0001-98

Guia de Leitura Contratual

Unimed Porto Velho Sociedade Cooperativa Médica
 CNPJ: 05.657.234/0001-20
 N° de Registro na ANS: 33.737-4
 N° do Registro do Produto: 460.601/09-9
 Site: <http://www.unimedportovelho.coop.br>
 Tel: (069) 3217-2002

*Página
 do
 Contrato*

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	4
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	5
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a Operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	8
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	15
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	20

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	19
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	25
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	18
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	37
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	33
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL <i>(ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-010
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br