

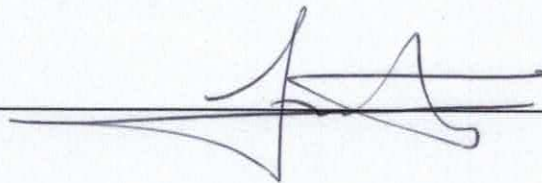
5005

Declaro que me foi oferecido pela Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico o plano Referência, conforme determina a Lei nº 9656/98, art. 10, § 2º, como sendo o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e urgência/emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria, e que não o aceitei, optando por outro plano.

Plano de Saúde Contratado: Participativo Estadual Adesão Apartamento SOS

Número de Registro na ANS: 475.372/16-1

Assinatura do contratante:



CPF: 578.026.537 - 20

Data: 26/06/2017

Guia de Leitura Contratual

Participativo Estadual Adesão Apartamento SOS

Página do
Contrato

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	05
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	05
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	05
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	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.	05
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário 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.	07
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	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
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	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.	21

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário 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.	20
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	26
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	20
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	36
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.	302
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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.	34

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.



Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

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



www.unimedvitoria.coop.br
 Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
 Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-922
 T. 0800 026 0080



PROPOSTA DE ADESÃO

TABELA DE PREÇO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA – CONTRATADA

Razão Social: Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 27.578.434/0001-20

Registro da operadora na ANS: 35739-1

Classificação da operadora: Cooperativa Médica

Endereço: Av. Cesar Hilal, 700, 3º Andar - Bento Ferreira, Vitória/ES.

CEP: 29.050-922.

Responsável legal:

- 1) Diretor Presidente: Márcio de Oliveira Almeida, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº 593.020-SSP/ES;
- 2) Diretor de Mercado: Remegildo Gava Milanez, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº 510.193-SSP/ES.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho EES - AJUSTES

CNPJ: 35.963.792.0001-84

Endereço: Praça Francisco Teixeira da Cruz, nº 16, Edifício Navemar, sala 1306, Centro Vitória/ES

CEP: 29.010-155

PRODUTO

Nome Comercial: Participativo Estadual Adesão Apartamento SOS

Tipo de contratação: Coletivo por adesão

Segmentação assistencial do plano de saúde: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

Área de abrangência geográfica: Estadual

Área de atuação: Espírito Santo

Padrão de acomodação em internação: Individual

Formação do preço: Pré-estabelecido

Nº ANS: 475.372/16-1

Serviços e Coberturas Adicionais: Remoção

VIGÊNCIA

O início da vigência do contrato será em 01/07/2017, independente da data de sua assinatura.



"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
 Roberto Rodrigues

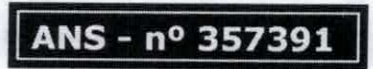


TABELA DE PREÇO

Inscrição: Titular: 10,00 (dez reais)
Dependente: 5,00 (cinco reais)

Mensalidade:

FAIXA ETÁRIA	TITULAR/DEPENDENTE R\$
De 00 (zero) a 18 (dezoito) anos	161,99
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	181,43
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	208,64
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	229,52
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	270,82
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	311,45
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	404,88
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	516,41
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	705,31
De 59 (cinquenta e nove) anos em diante	966,27

O valor da primeira mensalidade de cada beneficiário será sempre acrescido do respectivo valor da taxa de inscrição, tanto para o titular quanto para o dependente, SALVO PARA OS BENEFICIÁRIOS INCLUIDOS NO MOMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO.

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PLANO CORPORATIVO FLEX 2			
Consulta		35,00	
Consulta em pronto socorro		55,00	
Grupo de Procedimentos			
Grupo 1	0,00	Grupo 4	10,00
Grupo 2	2,50	Grupo 5	25,00
Grupo 3	5,00	Grupo 6	55,00

A cobrança da coparticipação está limitada a R\$250,00 por beneficiário e por competência, sendo este limite não cumulativo.

Declaro reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim que são, neste ato, apresentadas como proposta de contratação de plano privado de assistência à saúde.

Declaro que me foi informado que as Informações dos Tipos de Contratação estão disponíveis para acesso ao público no site da Unimed Vitória na Internet (www.unimedvitoria.com.br) e que me foram fornecidos o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual.

Declaro que são de meu conhecimento os valores das mensalidades por faixa etária, da coparticipação por procedimento realizado, da taxa de inscrição e da taxa de emissão da 2ª via do cartão de plano de saúde.

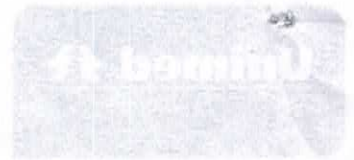
Declaro também que me foi esclarecido e que concordei que a data de vencimento das faturas será o dia **30** de cada mês, salvo no caso da primeira fatura, cujo vencimento poderá não coincidir com o dia 30.

Declaro que me foi esclarecido que o cartão individual de identificação dos beneficiários e as faturas serão encaminhadas para o endereço da contratante informado na Proposta de Adesão.

Declaro que foi informado que as substituições havidas na rede credenciada deste plano de saúde ficarão disponíveis no site da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br) e no Contact Center (0800 026 0080).

Declaro, ainda, ter recebido da Unimed Vitória todas as informações sobre o contrato do plano coletivo por adesão referente à presente proposta, que contempla, entre outros direitos e deveres:

- a) A cobertura limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de forma taxativa e exaustiva;
- b) O reajuste anual das mensalidades ocorrerá na data de aniversário do contrato e o reajuste por faixa etária ocorrerá quando o beneficiário mudar da faixa que está enquadrado para a seguinte, o que pode acontecer no mesmo mês, de acordo com a legislação vigente;
- c) A possibilidade de suspensão da assistência médica aos beneficiários pelo atraso no pagamento da fatura, de mensalidade ou de coparticipação, por período superior a 30 (trinta) dias ou a rescisão do contrato se o atraso for superior a 60 (sessenta) dias;
- d) A aplicação de multa, juros e correção monetária na hipótese de atraso no pagamento da fatura, de mensalidade ou de coparticipação;
- e) A alteração do valor total da fatura na hipótese de inclusão e/ou exclusão de beneficiários titulares e dependentes ou de contratação de opcionais;
- f) A utilização dos serviços pretendidos obedecerá às carências contratuais, tendo início a contagem do prazo de carência a partir da data de ingresso do beneficiário.



Declaro, por fim, que recebi da **UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, registrada na ANS sob o nº 357391, o Contrato do Participativo Estadual Adesão Apartamento SOS, registrado na ANS sob o nº 475.372/16-1.

Data: 26 / 06 / 2017

Declaro que me foi esclarecido que o cartão individual de identificação dos beneficiários e as faturas serão encaminhadas para o endereço da contratante informado na Proposta de Adesão.


ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO TRABALHO EES - AJUSTES CONTRATANTE

Declaro ainda ter recebido da Unimed Vitória todas as informações sobre o contrato do plano coletivo por adesão referente à presente proposta, que contempla entre outros direitos e obrigações:

a) A cobertura limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de forma taxativa e exaustiva;

b) O reajuste anual das mensalidades ocorrerá na data de aniversário do contrato e o reajuste por taxa extra ocorrerá quando o beneficiário mudar de taxa que está enquadrado para a seguinte, o que pode acontecer no mesmo mês, de acordo com a legislação vigente;

c) A possibilidade de suspensão da assistência médica aos beneficiários pelo atraso no pagamento de faturas, de mensalidade ou de coparticipação, por período superior a 30 (trinta) dias ou a rescisão do contrato se o atraso for superior a 60 (sessenta) dias;

d) A aplicação de multa, juros e correção monetária na hipótese de atraso no pagamento de faturas, de mensalidade ou de coparticipação;

e) A aplicação do valor total da fatura na hipótese de inclusão ou exclusão de beneficiários titulares e dependentes ou de contratação de opções;

f) A utilização dos serviços prestados obedecerá às condições contratuais, tendo início a contagem do prazo de carência a partir da data de ingresso do beneficiário.



6



www.unimedvitoria.coop.br
 Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
 Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-922
 T. 0800 026 0080



CONTRATO E CONDIÇÕES GERAIS DE PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA À SAUDE COLETIVO POR ADEÇÃO

Nome Comercial: Participativo Estadual Adesão Apartamento SOS
Tipo de contratação: Coletivo por adesão
Segmentação assistencial do plano de saúde: Ambulatorial + hospitalar com obstetria
Área de abrangência geográfica: Estadual
Área de atuação: Espírito Santo
Padrão de acomodação em internação: Individual
Formação do preço: Pré-estabelecido
Nº ANS: 475.372/16-1
Serviços e Coberturas Adicionais: Remoção

Sumário

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO 6

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 6

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 7

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA 15

V - DURAÇÃO DO CONTRATO 20

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA 20

VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES 21

VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 23

IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES 26

X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO 26

XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 29

XII - REAJUSTE 30

XIII - FAIXAS ETÁRIAS 33

XIV - BÔNUS - DESCONTOS 34

XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS 34

XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 34

XVII - RESCISÃO 36

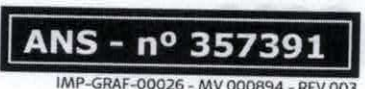
XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS 37

XIX - ELEIÇÃO DE FORO 41

ANEXO - REMOÇÃO 42



"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
 Roberto Rodrigues





I ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços médico-hospitalares, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde, na forma e condições deste instrumento.

1.2 O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

2.2 Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas que comprovem vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a CONTRATANTE.

2.3 Podem ser inscritos pelo Beneficiário Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial ou por escritura pública de divórcio ou separação ou dissolução de união estável consensual;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 28 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) Filhos e filhas, solteiros, inválidos, com comprovação de dependência econômica através de Declaração de Imposto de Renda ou da Previdência Social;
- f) Netos e netas, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos, mediante comprovante de escolaridade.

2.3.1 A adesão e permanência do grupo familiar dependerão da participação do Beneficiário Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.4 Em caso de inscrição do menor de 12 (doze) anos adotado, ou sob guarda ou tutela, ou cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente, conforme as condições de admissão, desde que a inscrição ocorra em até



30 (trinta) dias a contar da adoção, ou guarda, ou tutela ou reconhecimento de paternidade.

2.5 O recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Pré-existente, ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, desde que inscrito no prazo máximo de até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção ou guarda ou tutela, independente de o parto ter sido coberto ou não pela CONTRATADA.

2.6 A CONTRATADA exigirá os documentos necessários para comprovar:

I – a legitimidade da CONTRATANTE para a contratação deste plano;

II – a condição de elegibilidade dos Beneficiários Titulares e Dependentes para a adesão a este plano.

2.7 A inscrição do beneficiário no plano será efetivada na data de vigência expressamente indicada no Termo de Inclusão por ele assinado.

III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, satisfeitas as respectivas condições e cumpridos os respectivos prazos de carência e/ou cobertura parcial temporária, a cobertura prevista nesta cláusula, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.2 O atendimento está assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, desde que respeitadas a segmentação assistencial contratada, a área de abrangência geográfica, a área de atuação, a rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

3.2.1 Consulte a íntegra da rede de prestadores credenciada a este plano de saúde no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br), inserindo o código do beneficiário informado no Cartão de Identificação. Se necessário, o Plano (Cód. Prod. ANS) e a Rede (Rede de Atendimento) também estão informados no Cartão de Identificação do Beneficiário.

3.2.2 As eventuais alterações e substituições ocorridas na rede de prestadores credenciada a este plano de saúde podem ser consultadas no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).



3.2.3 Os prestadores da rede de contratação indireta credenciados a este plano de saúde, que garantirão o atendimento aos beneficiários pelo intercâmbio do Sistema Unimed, compõem a REDE BÁSICA da Unimed Executora do serviço e podem ser localizados no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).

3.3 Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

3.3.1 Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho.

3.4 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e cobertura parcial temporária.

3.5 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura, de acordo com a segmentação assistencial contratada, quando expressamente especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

3.6 Os procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, terão cobertura assistencial caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios estabelecidos em qualquer tipo de relação entre a CONTRATADA e o prestador do serviço.

3.7 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.8 Os procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

3.9 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de acordo com Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, na rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde, especialmente as seguintes coberturas:

I - Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;

IV - Taxas, materiais, contrastes e medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação ambulatorial desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

V - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

VI - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VII - Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VIII - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento;
- c) atendimento clínico;
- d) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo;

IX - Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme disposto na cláusula VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

X - Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, conforme disposto na cláusula VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

**XI – Procedimentos considerados especiais:**

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

XII – Atendimento às emergências psiquiátricas, considerando as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos, bem como as lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

XIII – Psicoterapia de crise com início de atendimento imediatamente após o atendimento de emergência.

3.9.1 A CONTRATADA garantirá a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos da legislação pertinente.

3.9.2 Para fins do disposto no inciso XI do item 3.9 desta cláusula, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

3.10 A segmentação assistencial hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de acordo com Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, na rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde, garantindo aos beneficiários a seguinte cobertura:

I – Diárias de internação hospitalar, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

II – Diárias de internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III – Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV – Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, se houver indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada na rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde;

V – Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI – Taxas, materiais, contrastes, medicamentos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados neste contrato e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados junto aos órgãos competentes;

VII – Remoção do paciente que já tenha cumprido o período de carência, mediante o consentimento do próprio beneficiário ou do responsável legal e após autorização do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar da rede própria ou credenciada e vinculada ao plano de saúde do beneficiário, dentro dos limites de abrangência geográfica e área de atuação do produto contratado, quando o beneficiário vier:

a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado;

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado;

c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, ou da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, ou da rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, mas não vinculado ao plano de saúde do beneficiário.



VIII – Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pela entidade hospitalar ao acompanhante do paciente internado, desde que o beneficiário seja menor de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como se o beneficiário for pessoa com deficiência, salvo contra-indicação justificada do médico assistente e nos casos de internação em centro de terapia intensiva ou similar;

IX – Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada no âmbito de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação ambulatorial e hospitalar vigente à época do evento;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes garantidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, exceto o fornecimento da medicação de manutenção;

X – Custeio integral, ou seja, sem cobrança de coparticipação, de 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por período de 12 meses, nas hipóteses de internações psiquiátricas, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos;

XI – Atendimentos clínicos ou cirúrgicos em regime de hospital-dia, de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes na época do evento e a critério do médico assistente;

XII – Transplantes de rim, córnea e medula óssea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento e as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante para o beneficiário receptor, incluindo, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;



- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

XIII – Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou dentista assistente, desde que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados;

XIV – Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;

XV – Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

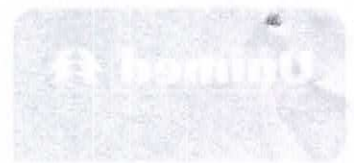
XVI – Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

XVIII – Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;

XIX – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.10.1 Para fins do disposto no inciso X do item 3.10 desta cláusula, deve ser observado que o custeio das internações psiquiátricas após o período de 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, em 12 (doze) meses, observará a mesma regra prevista na cláusula X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO para as internações hospitalares nas demais especialidades médicas e a coparticipação do beneficiário equivalerá ao percentual máximo admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar à época do evento.



3.10.2 Para fins do disposto no inciso XII do item 3.10 desta cláusula, deve ser observado o seguinte:

- a) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- b) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o beneficiário receptor.

3.10.3 Para fins do disposto no inciso XIV do item 3.10 desta cláusula, deve ser observado o seguinte:

- a) **Prótese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. **Órtese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
- b) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- c) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.
- d) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.
- e) O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

3.10.4 Para fins do disposto no inciso XV do item 3.10 desta cláusula, entende-se que os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais são de natureza odontológica e podem ser solicitados e executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, seja médico ou cirurgião dentista, conforme legislação específica sobre estas profissões e regulamentação de seus respectivos Conselhos Profissionais.

3.10.5 Para fins do disposto no inciso XVI do item 3.10 desta cláusula, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do



beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar.

3.11 A segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia garante, ainda, a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de acordo com Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, especialmente:

I – Cobertura das despesas de paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, que compreende 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular ou do Beneficiário Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

IV EXCLUSÕES DA COBERTURA

4.1 EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº 9.656/98, E RESPEITANDO AS COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS PREVISTAS NA LEI DE PLANOS DE SAÚDE E NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTE PLANO:

I – TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:
A) EMPREGA MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS OU NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS;
B) É CONSIDERADO EXPERIMENTAL PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA- CFO; OU
C) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA OU MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL), SALVO O DISPOSTO NO ITEM 3.9.1 DESTE CONTRATO;

II – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO VISAM RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU



PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;

III – INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS;

IV – TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

V – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;

VI – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NO INCISO III DO ITEM 3.9 E NO ITEM 3.9.2 DESTE CONTRATO, E RESSALVADOS OS CASOS DE TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS AMBULATORIAIS E DOMICILIARES DE USO ORAL, PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER, HEMOTERAPIA E INTERNAÇÃO DOMICILIAR OFERECIDA PELA CONTRATADA EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

VII – FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

VIII – TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, ILEGAIS OU NÃO RECONHECIDOS PELOS ÓRGÃOS REGULADORES OU PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

IX – CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

X – ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

XI – PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, ASSIM CONSIDERADOS AQUELES QUE NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL;

- XII – EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS;**
- XIII – REMOÇÃO EM VIA PÚBLICA, BEM COMO DE LOCAL PÚBLICO OU PRIVADO QUE NÃO SEJA UMA UNIDADE HOSPITALAR OU SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO;**
- XIV – REMOÇÃO DE HOSPITAL OU SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO INTEGRANTE DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA DA OPERADORA, VINCULADO A ESTE PLANO E LOCALIZADO DENTRO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DE ATUAÇÃO DESTES PLANOS, PARA HOSPITAL PRIVADO NÃO INTEGRANTE DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA DA OPERADORA;**
- XV – CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, BEM COMO REMOÇÃO DOMICILIAR, SALVO NOS CASOS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR OFERECIDA PELA OPERADORA EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR;**
- XVI – ENFERMAGEM OU CUIDADOR EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;**
- XVII – ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES E SIMILARES;**
- XVIII – TRANSPLANTES, EXCETO OS DE Córnea, Medula Óssea, Rim e os Transplantes Autólogos previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente na data do evento;**
- XIX – DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS BUCO-MAXILO-FACIAIS E OS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO AMBULATORIAL, MAS QUE POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE ESTRUTURA HOSPITALAR, À EXCEÇÃO DOS HONORÁRIOS DO DENTISTA E MATERIAIS ODONTOLÓGICOS UTILIZADOS;**
- XX – FORNECIMENTO E APLICAÇÃO DE VACINAS;**
- XXI – CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL;**
- XXII – EXAMES DE CÓDIGO GENÉTICO, ASSIM ENTENDIDOS AQUELES NECESSÁRIOS À INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;**
- XXIII – NECROPSIAS;**
- XXIV – DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS AQUELAS INDICADAS ABAIXO, SALVO CONTRAINDICAÇÃO DE MÉDICO OU DENTISTA ASSISTENTE:**

- A) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS À PERMANÊNCIA DE ACOMPANHANTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES MENORES DE 18 ANOS;
B) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS À PERMANÊNCIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS A PARTIR DOS 60 (SESSENTA) ANOS DE IDADE E DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS; E
C) PARAMENTAÇÃO, ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DE UM ACOMPANHANTE INDICADO PELA MULHER DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO.

XXV - PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO ESTEJA DIRETAMENTE VINCULADA À COBERTURA DESTES CONTRATOS;

XXVI - PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR LASER, RADIOFREQUÊNCIA, ROBÓTICA, NEURONAVEGAÇÃO OU OUTRO SISTEMA DE NAVEGAÇÃO, ESCOPIAS E TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS QUE NÃO ESTEJAM EXPRESSAMENTE PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

4.2 POR FORÇA DAS CARACTERÍSTICAS DESTES CONTRATOS EXCLUEM-SE DA COBERTURA DESTES PLANOS:

I - ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL;

II - ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS ANTES DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU NO PERÍODO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA;

III - ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;

IV - PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA OU DE ATUAÇÃO CONTRATADA;

V - PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

VI - DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU POR ESTABELECEMENTOS QUE NÃO SEJAM DA REDE DE PRESTADORES PRÓPRIA DA CONTRATADA OU CREDENCIADA A ESTE PLANO DE SAÚDE, À EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS E, POSTERIORMENTE, REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO;

VII - ATENDIMENTOS E SERVIÇOS PRESTADOS EM ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; E

VIII – PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR VIGENTE NA DATA DO EVENTO.

4.2.1 A EXCLUSÃO PREVISTA NAS ALÍNEAS I A VII DO ITEM 4.2 ALCANÇA, INCLUSIVE, OS ATENDIMENTOS, SERVIÇOS, EVENTOS OU PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

4.3 ESTÃO EXCLUÍDAS DA COBERTURA DO PLANO AS DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS, EVENTOS OU PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA E/OU DE ALTO CUSTO, ESPECIALMENTE, MAS A ELES NÃO SE LIMITANDO, OS LISTADOS ABAIXO:

A) SÃO PAULO: HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA; HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS – GASTROCLÍNICAS; HOSPITAL SANTA ISABEL – IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA; HOSPITAL SANTA ISABEL – SAÚDE MENTAL; HOSPITAL AC CAMARGO; HOSPITAL SINO BRASILEIRO; HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES; HOSPITAL DA CRIANÇA; HOSPITAL SANTA PAULA; DELBONI; HOSPITAL DO CORAÇÃO; PRÓ MATRE; HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ (TODAS AS UNIDADES); HOSPITAL INFANTIL SABARÁ; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; HOSPITAL SANTA CATARINA; HOSPITAL SÃO CAMILO – POMPÉIA; SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS; HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN; HOSPITAL SÃO LUIZ JABAQUARA.

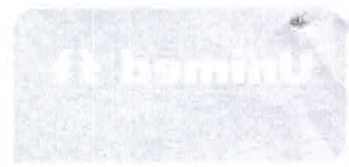
B) SANTA CATARINA: HOSPITAL E MATERNIDADE D. HELENA.

C) BAHIA: HOSPITAL SANTO AMARO; HOSPITAL ALIANÇA; HOSPITAL SOBABY; PROBABY.

D) RIO DE JANEIRO: HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE; CASA DE SAÚDE SANTA LÚCIA; CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ; CLÍNICA PEDIÁTRICA DA LAGOA; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIM; HOSPITAL QUINTA D'OR; HOSPITAL BARRA D'OR; HOSPITAL NORTE D'OR; HOSPITAL COPA D'OR; CLÍNICA PEDIÁTRICA DA BARRA; DH – DAY HOSPITAL; HOSPITAL PASTEUR; HOSPITAL JOARI; HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR; HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO; PERINATAL LARANJEIRAS; PERINATAL BARRA; CLÍNICA DA GÁVEA; HOSPITAL INTEGRADO DA GÁVEA – SÃO VICENTE; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE NITERÓI.

E) DISTRITO FEDERAL: HOSPITAL BRASÍLIA; HOSPITAL SANTA LUZIA; LABORATÓRIO EXAME; REDE D'OR SÃO LUIZ – HOSPITAL DO CORAÇÃO; REDE D'OR SÃO LUIZ – HOSPITAL SANTA LUZIA.

F) PERNAMBUCO: HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ; HOSPITAL SANTA JOANA; HOSPITAL REAL PORTUGUÊS; SOS DA MÃO.

**G) RIO GRANDE DO SUL: HOSPITAL MOINHOS DE VENTO; HOSPITAL MÃE DE DEUS; INSTITUTO DE CARDIOLOGIA.**

4.3.1 A EXCLUSÃO PREVISTA NAS ALÍNEAS DO ITEM 4.3 ALCANÇA, INCLUSIVE, OS ATENDIMENTOS, SERVIÇOS, EVENTOS OU PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

4.3.2 A LISTA DE HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA E/OU DE ALTO CUSTO ESTÁ SUJEITA A ALTERAÇÕES PERIÓDICAS E PODE SER CONSULTADA NO SÍTIO DA UNIMED VITÓRIA (WWW.UNIMEDVITORIA.COM.BR).

V DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência estabelecida na Proposta de Adesão, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2 O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado ao término da vigência inicial, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

VI PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Os prazos de carência estão especificados abaixo, não ultrapassando os prazos máximos previstos na Lei nº 9.656/98.

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal.	24 horas
Consultas, Análises clínicas e RX simples.	30 dias
Exames obstétricos e radiológicos contrastados.	120 dias
Procedimentos de diagnose / Internações clínicas.	180 dias
Acomodação em quarto privativo	180 dias
Internações psiquiátricas e dependência química / Hospital-dia psiquiátrico.	180 dias
Ressonância Nuclear Magnética, Tratamentos e internações cirúrgicas, Procedimentos obstétricos.	180 dias
Órtese e Prótese, Cirurgia de obesidade mórbida e Cirurgia refrativa oftalmológica.	180 dias
Cirurgia cardíaca, Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica.	180 dias
Transplante de rim, córnea e medula óssea.	180 dias
Partos a termo.	300 dias

6.1.1 Os prazos de carência serão contados a partir da data de ingresso do beneficiário, exceto para aqueles que se enquadram no item 6.3 do presente contrato.

6.2 Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento dos prazos de carência.

6.3 Não será exigido o cumprimento de carências se:

I - o beneficiário formalizar o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;

II - o beneficiário se vincular à CONTRATANTE após o transcurso do prazo definido no inciso I e formalizar seu pedido em até 30 (trinta) dias após a data de aniversário deste contrato.

6.3.1 Caso o ingresso do beneficiário ocorra após o transcurso dos prazos definidos no item anterior, será exigido o cumprimento dos prazos de carências previstos no item 6.1.

VII DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Doenças ou Lesões Pré-existentes são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.2 O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doenças ou Lesões Pré-existentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou exclusão do plano.

7.2.1 A Declaração de Saúde é o formulário onde o beneficiário deverá informar as Doenças e Lesões Pré-existentes de que saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento, no momento da adesão contratual.

7.2.2 A CONTRATADA fornecerá Carta de Orientação ao Beneficiário previamente ao preenchimento da Declaração de Saúde para orientar o beneficiário sobre seu preenchimento.

7.2.3 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico cooperado da CONTRATADA, sem qualquer ônus.

7.2.4 Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não cooperado da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.



7.2.5 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 adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.2.6 É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.3 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, sendo-lhe facultada a oferta do Agravo.

7.3.1 Caso a CONTRATADA não ofereça a Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou oferta posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.3.2 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Pré-existente.

7.3.3 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível no site www.ans.gov.br.

7.4 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.4.1 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

7.5 Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a Doença ou Lesão Pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o beneficiário.



7.5.1 O Agravo será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor e ao período de vigência.

7.6 É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Pré-existente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde.

7.7 Identificado indício de fraude por parte de qualquer beneficiário referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, podendo oferecer as opções de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, ou solicitar abertura de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.7.1 O processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar julgará, exclusivamente, o mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do beneficiário na Declaração de Saúde no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.7.2 Instaurado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.7.3 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento para comprovar o conhecimento do beneficiário sobre a existência de Doença e Lesão Pré-existente no momento da adesão ao plano.

7.7.4 Tanto a CONTRATADA quanto o beneficiário deverão encaminhar para a Agência Nacional de Saúde Suplementar os documentos e/ou informações por ela requeridos para a instrução do processo administrativo.

7.8 Não haverá a negativa de cobertura sob qualquer alegação nem a exclusão do beneficiário do contrato até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, do encerramento do processo administrativo.

7.9 Acolhida a alegação da CONTRATADA e lhe sendo, portanto, favorável a decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o beneficiário será excluído do plano e responsabilizado pelas despesas com a assistência médico-hospitalar relacionada à Doença e Lesão Pré-existente desde a data em que foi comunicado pela CONTRATADA da constatação da fraude.

VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 A CONTRATADA garante a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência nos limites deste contrato.



8.1.1 Urgência é o atendimento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.1.2 Emergência é o atendimento que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2 O atendimento de urgência e emergência será garantido respeitando a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e de atuação do plano, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e a rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde.

8.2.1 A remoção do beneficiário é garantida quando necessária por indicação médica, para outro prestador da rede assistencial própria ou credenciada deste plano ou para o SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.

8.3 A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

8.4 Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão do paciente até a alta ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5 A cobertura será prestada por 12 (doze) horas, ou por período inferior caso surja a necessidade de internação:

I – nos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional durante o cumprimento dos períodos de carência;

II – nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Pré-existentes;

III – nos atendimentos de urgência e emergência efetuados no decorrer do período de carência para internação.

8.6 A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA:

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

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas no item 8.5, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

8.7 Nos casos em que couber à CONTRATADA garantir a remoção para uma unidade do SUS deve ser observado:

I – quando não puder haver a remoção do paciente 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;

II – à CONTRATADA caberá 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;

III – a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

IV – se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.8 Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área geográfica de abrangência e de atuação do plano sempre que não for possível a utilização dos serviços da rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde.

8.9 O reembolso, quando devido, será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não será inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

8.10 O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano, contado da data do atendimento de urgência ou emergência, para solicitar o reembolso da despesa, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Requerimento de reembolso de despesa de urgência e emergência, com breve relato do atendimento, informando as razões de não ter utilizado prestador pertencente à rede própria ou credenciada e indicando os dados bancários para o reembolso;
- Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.



IX ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 Este contrato não permite acesso a livre escolha de prestadores.

X MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 Os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, para controlar a demanda ou a utilização dos serviços de saúde.

10.1.1 A CONTRATADA adota como mecanismos de regulação para este contrato a autorização prévia e a coparticipação.

Condições de atendimento do beneficiário na rede de prestadores

10.2 A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos beneficiários dependentes o cartão individual de identificação, com as informações relativas ao contrato e com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o acesso aos serviços contratados e o atendimento na rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde.

10.3 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I - Consultas médicas: os beneficiários serão atendidos nos consultórios dos médicos cooperados ou nos Centros de Especialidades da CONTRATADA, listados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o respectivo horário de atendimento e com agendamento prévio. As consultas de pronto socorro serão realizadas em hospitais credenciados e da rede própria, vinculados ao presente plano de saúde, listados na relação divulgada pela CONTRATADA.

II - atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico ou dentista assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência.

III - Exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados na rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico ou dentista assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA.

Autorização prévia

10.4 Todos os procedimentos e eventos exigem autorização prévia para sua realização, salvo os casos de urgência e emergência.

10.4.1 A autorização prévia pode ser online, documental ou presencial, a critério da CONTRATADA.

10.5 PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DOCUMENTAL OU PRESENCIAL, O BENEFICIÁRIO, OU QUEM RESPONDA POR ELE, DEVE DIRIGIR-SE A LOJA DE ATENDIMENTO DA CONTRATADA, MUNIDO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO, CARTEIRA DE IDENTIDADE, GUIA COM A SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO E OS DOCUMENTOS MÉDICOS (LAUDOS E EXAMES) PERTINENTES.

10.6 PARA OBTER A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PRESENCIAL PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, O BENEFICIÁRIO DEVE DIRIGIR-SE, PESSOALMENTE, A LOJA DE ATENDIMENTO DA CONTRATADA, EM DIA E HORA PREVIAMENTE DESIGNADOS, MUNIDO DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO E CARTEIRA DE IDENTIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA.

10.7 A CONTRATADA fará a análise e dará a resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia de modo a garantir o acesso do beneficiário ao serviço ou procedimento dentro do prazo máximo definido na regulamentação da ANS, contado a partir da entrega de toda documentação pertinente à solicitação.

10.8 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico ou dentista assistente, não havendo restrição aos não cooperados. As solicitações realizadas por não cooperados deverão ser previamente transcritas na Loja de Atendimento da CONTRATADA ou no sítio da CONTRATADA (www.unimedvitoria.com.br), na Área do Cliente, para possibilitar análise, autorização e realização do procedimento.

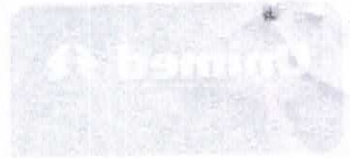
Junta Médica

10.9 A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico ou do dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.

Rede de prestadores própria ou credenciada a este plano de saúde

10.10 A relação de médicos cooperados e da rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde é divulgada no Guia Médico, disponível na internet no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br), sendo atualizado periodicamente.

10.11 A inclusão de qualquer prestador na rede credenciada do plano implica em compromisso com os beneficiários e sua manutenção e/ou exclusão devem observar as normas estabelecidas no art. 17 da Lei nº 9.656/98 e na regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



10.11.1 É facultada a substituição de qualquer prestador, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.

10.11.2 A substituição de entidade hospitalar é permitida desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar 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.

10.11.3 Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

10.11.4 Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

10.11.5 O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar e será comunicado aos beneficiários na forma estabelecida na regulamentação específica.

Coparticipação

10.12 A coparticipação, entendida como mecanismo de regulação financeira, é a parte da despesa assistencial paga pela CONTRATANTE à CONTRATADA após a realização dos procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares prestados ao beneficiário.

10.13 Estão discriminados na Proposta de Adesão os valores de coparticipação a serem pagos pela CONTRATANTE nas despesas referentes a:

- a) Consultas médicas realizadas em ambiente ambulatorial ou hospitalar;
- b) Serviços complementares de diagnóstico (exames), terapias e procedimentos realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar.

10.13.1 Os valores de coparticipação são aferidos considerando-se o custo médio previsto na Tabela de Referência da Unimed Vitória.

10.13.2 Os procedimentos compreendidos em cada grupo de coparticipação estão discriminados na Tabela de Coparticipação entregue à CONTRATANTE.

10.13.3 Os valores da coparticipação serão cobrados em fatura separada da cobrança da mensalidade, com vencimento na data indicada na Proposta de Adesão.

10.13.3.1 A cobrança da coparticipação está limitada a R\$250,00 por beneficiário e por competência, sendo este limite não cumulativo.

10.13.4 Os valores serão reajustados conforme condições estabelecidas na cláusula XII - REAJUSTE.

10.13.5 Ainda que haja a necessidade de solicitação e autorização de internações hospitalares, tanto para controle do período de internação, quanto para pagamento à rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde, não será cobrada coparticipação para esta despesa.

XI FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 O valor da mensalidade a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes e independente da utilização das coberturas contratadas.

11.2 A RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO TOTAL DAS FATURAS, INCLUINDO OS VALORES DE INSCRIÇÃO, MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO, SE HOUVER, REFERENTE A CADA BENEFICIÁRIO, É EXCLUSIVA DA CONTRATANTE.

11.2.1 A MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS NÃO SERÁ CUSTEADA PELA CONTRATANTE.

11.3 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis na data de sua emissão, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

11.4 As faturas serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão.

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

11.4.2 Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes da data acordada na Proposta de Adesão para o vencimento da fatura, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a penalidade da mora.

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

11.5 O pagamento da fatura referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

11.6 O não pagamento de qualquer fatura, seja referente à inscrição, mensalidade ou coparticipação, ou o pagamento parcial do valor, autoriza a CONTRATADA a efetuar a cobrança judicial ou extrajudicial do débito, bem como a inscrição do CNPJ da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito.

11.7 A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

11.8 O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a CONTRATANTE por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, desde que seja prévia e comprovadamente notificado da inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da CONTRATANTE.

XII REAJUSTE

Do reajuste anual dos contratos coletivos maiores ou iguais a 30 beneficiários.

12.1 Nos termos da lei, os valores das mensalidades e inscrições serão reajustados anualmente com base em cálculo atuarial que levará em consideração o excesso de utilização comprovadamente acima da média normal utilizada na composição inicial do preço, o acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento e o aumento comprovado dos custos dos serviços contratados.

a) O cálculo do reajuste será composto pelo reajuste técnico e financeiro, refletindo o restabelecimento do equilíbrio atuarial do contrato e a recomposição do valor da moeda (inflação), obedecendo à seguinte fórmula:

$$S = (CD - RC) / M$$

$$RT = (S / MS) - 1 \text{ sendo } MS = 1 - (CA + DC + PT)$$

$$R = \{[(1+RT) \times (1+RF + IROL) \times (1+AEM)] - 1\}$$

Onde:

S: Sinistralidade;

CD: Custo direto, do período de análise, composto por 12 meses;

RC: Recuperações de despesas assistenciais provenientes das coparticipações, do período de análise, composto por 12 meses;

M: Mensalidade do período de análise, composto por 12 meses;

RT: Reajuste Técnico;

MS: Meta de sinistralidade;

RF: Reajuste Financeiro (percentual de correção financeira para atualização dos custos assistenciais, considerando a inflação acumulada no período de análise do contrato, composto por 12 meses, sendo IPCA-Saúde, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística);

IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao Rol de Procedimentos;

AREM: Impacto da alteração da remuneração para o próximo período em relação ao vigente;

R: Reajuste;

CA: Carregamento não assistencial, composto por margem operacional, despesas operacionais, despesas tributárias, outras despesas não assistenciais;

DC: Despesas Comerciais, do período de análise, composto por 12 meses;

PT: Provisões Técnicas;

I. Se a sinistralidade apurada for inferior ou igual à meta de sinistralidade, o cálculo obedecerá a seguinte fórmula:

$$R = \{[(1+RF + IROL) \times (1+AREM)] - 1\}$$

II - Se a sinistralidade apurada for superior à meta de sinistralidade, o contrato será reajustado utilizando a fórmula indicada na alínea 'a' do item 12.1 desta cláusula.

12.2 O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações dos valores das mensalidades decorrentes de mudança de faixa etária, migração e adaptação.

12.3 A CONTRATADA se obriga a apresentar, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes da data base de reajuste do contrato, o percentual de reajuste a ser aplicado.

12.4 O reajuste do contrato será calculado considerando 12 (doze) meses consecutivos contados com 05 (cinco) meses de defasagem quanto ao mês de aniversário do contrato.

12.5 A CONTRATADA comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar o percentual de reajuste aplicado.

12.6 Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato.

12.7 Não poderão ser aplicados percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um mesmo contrato.

12.8 Em caso de perda da data base fica a CONTRATADA autorizada a efetuar a cobrança do valor retroativo, considerando a defasagem entre a aplicação do reajuste e a data de aniversário do contrato.

Do reajuste anual único de planos coletivos com menos de 30 beneficiários.

12.9 Para a aplicação do reajuste anual único de planos coletivos empresariais ou por adesão o contrato será agregado a agrupamento.

12.10 O objetivo deste agrupamento é calcular e aplicar reajuste único para os contratos de planos coletivos, firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98, que possuem quantidade de beneficiários inferior a 30 (trinta).



12.11 A apuração da quantidade de beneficiários considerará a data de assinatura do contrato, caso seja o primeiro ano de vigência do contrato, ou o mês de aniversário do contrato no ano anterior à aplicação do reajuste.

12.12 Para os contratos que compõem o agrupamento será calculado um único percentual de reajuste a ser aplicado anualmente no mês de aniversário de cada contrato, considerando-se que o período de aplicação é do mês de maio de um ano até o mês de abril do ano imediatamente seguinte.

12.13 Para os contratos agregados ao agrupamento será aplicada a metodologia de cálculo do percentual de reajuste descrita abaixo:

a) O cálculo do reajuste objetiva o restabelecimento do equilíbrio atuarial dos contratos agregados ao agrupamento e a recomposição do valor da moeda (inflação), obedecendo à seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} SA &= (CDA - RCA) / MA \\ RTA &= (SA / MSA) - 1 \text{ sendo } MSA = 1 - (CA + DC + PTA) \\ RA &= \{[(1+RTA) \times (1+RF+IROL) \times (1+AREM)] - 1\} \end{aligned}$$

Onde:

SA: Sinistralidade dos contratos agregados ao agrupamento;

CDA: Custo direto, do período de análise, composto por 12 meses, dos contratos agregados ao agrupamento;

RCA: Recuperações de despesas assistenciais provenientes das coparticipações, do período de análise, composto por 12 meses, dos contratos agregados ao agrupamento;

MA: Mensalidade, do período de análise, composto por 12 meses, dos contratos agregados ao agrupamento;

RTA: Reajuste Técnico do agrupamento;

MSA: Meta de sinistralidade do agrupamento;

RF: Reajuste Financeiro (percentual de correção financeira para atualização dos custos assistenciais, considerando a inflação acumulada no período de análise do contrato, composto por 12 meses, sendo IPCA-Saúde, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística);

CA: carregamento não assistencial, composto por margem operacional, despesas operacionais, despesas tributárias, outras despesas não assistenciais;

DC: Despesas comerciais, do período de análise, composto por 12 meses;

PTA: Provisões técnicas do agrupamento;

IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao rol de procedimentos;

AREM: Impacto da alteração da remuneração para o próximo período em relação ao vigente;

RA: Reajuste do agrupamento.

I. Se o reajuste do agrupamento for inferior ou igual à meta de sinistralidade, o cálculo obedecerá a seguinte fórmula:

$$RA = \{[(1+RF+IROL) \times (1+AREM)] - 1\}$$

II - Se a sinistralidade apurada for superior à meta de sinistralidade, o contrato será reajustado utilizando a fórmula indicada na alínea 'a' do item 12.13 desta cláusula.

12.14 O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações dos valores das mensalidades decorrentes de mudança de faixa etária, migração e adaptação.

12.15 A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na Internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como os contratos que receberão tal reajuste.

12.16 A CONTRATADA comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar o percentual de reajuste aplicado.

12.17 Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato.

12.18 Não poderão ser aplicados percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um mesmo contrato.

Coparticipação

12.19 O valor da coparticipação será reajustado anualmente pelo índice de reajuste de planos individuais e familiares definido e divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, informando-se aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.

12.20 Caso esteja previsto limite de coparticipação, este será reajustado no mesmo período da coparticipação de forma que garanta proporcionalmente o mesmo percentual de recuperação inicial do plano.

12.21 O reajuste dos valores de coparticipação não tem relação com o reajuste do contrato, podendo ocorrer em percentual e mês diferente ao do aniversário do contrato.

12.22 A CONTRATADA informará a Agência Nacional de Saúde Suplementar as alterações de coparticipação.

XIII FAIXAS ETÁRIAS

13.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

13.1.1 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 seguinte ao do aniversário do beneficiário.

13.2 A variação por faixa etária para os fins deste contrato será:



- a) De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade - 0%
- b) De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade - 12%
- c) De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade - 15%
- d) De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade - 10%
- e) De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade - 18%
- f) De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade - 15%
- g) De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade - 30%
- h) De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade - 30%
- i) De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade - 34%
- j) De 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais - 37%

13.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no item 13.2 e incidirão sobre o preço da faixa etária imediatamente anterior, não se confundindo com o reajuste anual.

13.4 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que:

I – o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

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

13.5 Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

XIV BÔNUS – DESCONTOS

14.1 Este contrato não contempla a concessão de bônus, descontos ou vantagens.

XV REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1 A este contrato não se aplica o direito de manutenção da condição de beneficiário previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

XVI CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 A CONTRATANTE poderá solicitar, a seu critério, a suspensão ou exclusão do Beneficiário Titular nas seguintes situações:

- a) Inadimplemento, quando o beneficiário contribuir, parcial ou integralmente, para o custeio do plano;
- b) Solicitação do Beneficiário Titular;
- c) Perda do vínculo com a CONTRATANTE;
- d) Fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente.



16.1.1 O Beneficiário Titular poderá fazer a solicitação de sua exclusão à CONTRATANTE ou diretamente à CONTRATADA.

16.1.1.1 A solicitação de exclusão pelo Beneficiário Titular também poderá ser feita à Administradora de Benefícios se esta figurar no contrato na condição de participante, nos termos do art. 4º da RN 196.

16.1.2 Ocorrendo a situação prevista na alínea 'b' do item 16.1, a CONTRATANTE deverá comunicar a CONTRATADA pelo mesmo meio que comunica as demais movimentações, mas em protocolo separado, informando que a exclusão é a pedido do Beneficiário Titular e os dados de telefone celular e e-mail do beneficiário.

16.1.3 A EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE, A SEU PEDIDO, TERÁ EFEITO IMEDIATO E CARÁTER IRREVOGÁVEL A PARTIR DA CIÊNCIA DA CONTRATADA.

16.2 A CONTRATANTE poderá solicitar, a seu critério, a suspensão ou exclusão do Beneficiário Dependente nas seguintes situações:

- a) Inadimplemento, quando o beneficiário for responsável por custear, parcial ou integralmente, as despesas de inscrição, mensalidade e coparticipação, quando houver;
- b) Solicitação do Beneficiário Titular;
- c) Perda da qualidade de beneficiário do Beneficiário Titular;
- d) Perda da condição de dependência prevista em Condições de Admissão;
- e) Fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

16.2.1 Aplicam-se à exclusão do Beneficiário Dependente por solicitação do Beneficiário Titular, prevista na alínea 'b' do item 16.2, as regras estabelecidas nos subitens 16.1.1, 16.1.1.1, 16.1.2 e 16.1.3 acima.

16.3 Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários e à CONTRATADA, tão somente, cumprir a solicitação, salvo nas hipóteses do item 16.4.

16.3.1 A suspensão da assistência à saúde dos beneficiários será efetivada na data da solicitação da CONTRATANTE à CONTRATADA.

16.3.2 A exclusão de beneficiários será programada pela CONTRATADA para a data indicada pela CONTRATANTE, salvo nas hipóteses das alíneas 'b', 'c' e 'd' do item 16.1 e alíneas 'b', 'c', 'd' e 'e' do item 16.2, que devem obedecer ao disposto nos itens 16.4 e seguintes.

16.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Perda do vínculo do titular com a CONTRATANTE ou do dependente com o titular, previstos na cláusula Condições de Admissão;
- c) Solicitação do Beneficiário Titular feita diretamente à CONTRATADA.

16.4.1 Nos casos de fraude e de solicitação do Beneficiário Titular, previstos nas alíneas 'a' e 'c' do item 16.4 acima, a exclusão do beneficiário será efetivada de imediato, a partir da ciência da CONTRATADA.

16.4.2 Na hipótese de perda do vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE, a solicitação deverá expressamente indicar a data para efetivar a exclusão do Beneficiário Titular e dos Beneficiários Dependentes, se houver, sob pena de a CONTRATADA programar a exclusão para a data da solicitação.

16.4.3 Quando for identificada a perda do vínculo do Beneficiário Dependente com o Beneficiário Titular, a CONTRATADA irá programar a exclusão para o último dia do mês em que a situação for constatada pela CONTRATADA.

16.5 A rescisão do presente contrato implica, obrigatoriamente, na perda da qualidade de beneficiário para todos os que estiverem a ele vinculados.

16.5.1 A exclusão dos beneficiários em razão da rescisão contratual, independente da Parte que teve a iniciativa, coincidirá com a data do último dia de vigência do contrato.

XVII RESCISÃO / SUSPENSÃO

17.1 A rescisão do contrato poderá ser solicitada, a qualquer tempo, por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

I – se a outra parte infringir qualquer cláusula do presente contrato;

II – por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE;

III – por inadimplemento contratual por parte da CONTRATANTE;

IV – se a outra parte tiver a falência, pedido de plano de recuperação extrajudicial ou recuperação judicial, homologada ou decretada;

V – se qualquer dispositivo legal de insolvência e/ou inabilitação financeira atingir a outra parte.

17.1.1 A rescisão motivada em quaisquer condições listadas nos incisos do item 17.1, tanto antes quanto depois de completado o período inicial de 12 (doze) meses de vigência, não enseja quaisquer ônus para a parte que a solicitou.

17.1.2 A parte que der causa à rescisão do contrato, motivada em quaisquer condições listadas nos incisos do item 17.1, antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses, ficará sujeita ao pagamento de multa equivalente a

50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes para completar este período inicial de 12 (doze) meses.

17.1.3 O inadimplemento previsto no inciso III do item 17.1 implicará:

- a) na suspensão da assistência médica aos beneficiários, se o atraso no pagamento da fatura for superior a 30 (trinta) dias;
- b) na rescisão do contrato, se o atraso no pagamento da fatura for superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato.

17.2 O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente e sem ônus para a parte que solicitou a rescisão após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação de uma parte à outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.3 A rescisão imotivada do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes para completar este período inicial de 12 (doze) meses.

17.4 A suspensão da assistência médica aos beneficiários em razão do inadimplemento previsto no inciso III do item 17.1 será efetivada imediatamente depois de o atraso no pagamento da fatura ser superior a 30 (trinta) dias.

17.5 A exclusão de beneficiários será efetivada na data da solicitação feita por qualquer das partes:

I – se decorrente da rescisão motivada do contrato;

II – se decorrente da rescisão imotivada do contrato solicitada antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses.

17.6 Na rescisão imotivada solicitada por qualquer das partes após a vigência do período de 12 (doze) meses, a exclusão de beneficiários será programada para 60 (sessenta) dias após a data da notificação de uma parte à outra.

XVIII DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 São partes integrantes deste contrato os seguintes documentos:

I – Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde;

II – Comprovante de Entrega;

III – Declaração de Plano Referência;



IV – Proposta de Adesão;

V – Guia de Leitura Contratual;

VI – Guia Médico Online;

18.2 Também são partes integrantes deste contrato os seguintes documentos entregues aos beneficiários:

I – Termo de Inclusão Coletivo por Adesão – Titular;

II – Termo de Inclusão Coletivo por Adesão - Dependente;

III – Carta de Orientação ao Beneficiário;

IV – Declaração de Saúde.

18.3 A CONTRATADA entregará à CONTRATANTE o cartão individual de identificação dos beneficiários.

18.3.1 Ocorrendo o extravio, furto ou roubo, do cartão de identificação, o beneficiário deve comunicar, imediatamente e por escrito, o fato à CONTRATADA, para que esta proceda ao cancelamento do cartão.

18.3.2 A emissão de segunda via, ensejará pagamento de taxa de R\$ 5,00 (cinco reais) para cada cartão de identificação emitido.

18.4 É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato ou, ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os cartões de plano de saúde de todos os beneficiários e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA.

18.5 A CONTRATANTE responderá sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido dos cartões de plano de saúde pelos beneficiários ou terceiros ou de outros documentos, isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

18.5.1 Considera-se uso indevido a utilização do cartão de plano de saúde ou de qualquer outro documento para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam esta condição, por exclusão ou término do contrato, e, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

18.5.2 O uso indevido do cartão de plano de saúde de qualquer beneficiário é considerado fraude e poderá ensejar a exclusão do respectivo beneficiário, ainda que o ato tenha sido praticado sem seu conhecimento, além de indenização por perdas e danos.

18.6 Os beneficiários com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos, serão privilegiados no atendimento.

18.7 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado neste contrato.

18.8 A CONTRATANTE, em seu nome e dos beneficiários, reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras entidades integrantes do Sistema Nacional Unimed, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

18.9 A CONTRATADA se compromete a manter com reserva e sigilo todas as informações a que tiver acesso em razão do presente contrato, sejam elas referentes à CONTRATANTE e/ou aos beneficiários, somente podendo divulgá-las em caso de concordância da CONTRATANTE ou na ocorrência de solicitação judicial ou de órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

18.10 A CONTRATANTE, em seu nome e dos beneficiários autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde relativas a esse contrato.

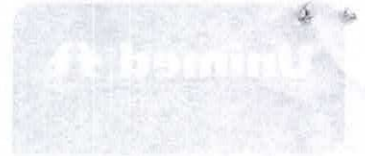
18.11 Por meio do presente instrumento a CONTRATANTE reconhece e concorda que, após a disponibilização do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e do Guia de Leitura Contratual por parte da CONTRATADA, a entrega dos documentos aos beneficiários vinculados ao plano de assistência a saúde será da sua (CONTRATANTE) exclusiva responsabilidade, sendo que a eventual omissão dessa obrigação não a eximirá da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à CONTRATADA, em especial por àqueles impostos pela ANS, por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

18.12 A CONTRATADA poderá exigir a qualquer tempo documentos oficiais que comprovem o vínculo entre o Beneficiário Titular e a CONTRATANTE, bem como a relação de dependência entre o Beneficiário Titular e seus Dependentes inscritos no plano de saúde.

18.12.1 A CONTRATANTE deverá, **no prazo de até 48h (quarenta e oito horas) contadas da solicitação**, fornecer à CONTRATADA as declarações e/ou documentos solicitados, sob pena de arcar com todos os ônus, de qualquer natureza, que forem impostos à CONTRATADA em razão da não apresentação ou apresentação intempestiva destes documentos.

18.12.2 A CONTRATANTE compromete-se a fornecer as declarações e/ou documentos solicitados mesmo depois de excluído o beneficiário do plano ou rescindido este contrato, desde que a CONTRATADA justifique esta necessidade.

18.13 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos



profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento, não sendo devido o reembolso.

18.14 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

18.15 A CONTRATANTE declara, sob as penas da Lei, que o signatário da Proposta de Adesão e do Contrato é seu representante legal, devidamente constituído na forma do respectivo contrato ou estatuto social, com poderes para assumir as obrigações ora contraídas.

18.16 As cláusulas e condições do presente contrato constituem o seu inteiro teor e prevalecem sobre qualquer contrato, ajuste ou acordo pretérito celebrado entre as partes com estas mesmas características.

18.17 Havendo divergência entre os anexos e as cláusulas e condições deste contrato, estas prevalecerão sobre aqueles.

18.18 O presente contrato e os direitos e obrigações dele decorrentes não poderão ser cedidos, transferidos ou sub-rogados por quaisquer das partes sem o prévio consentimento por escrito da outra.

18.19 Se qualquer das disposições deste contrato eventualmente for considerada ilegal ou inválida em qualquer procedimento administrativo ou judicial, a ilegalidade, invalidade ou ineficácia então declarada deverá ser sempre interpretada restritivamente, não afetando o contrato como um todo, ficando desde logo garantido a ambas as partes o direito de substituir a disposição porventura considerada ilegal ou inválida por outra mediante assinatura do competente termo aditivo.

18.20 O presente contrato e suas obrigações vinculam as partes, seus herdeiros e sucessores a qualquer título.

18.21 O presente contrato não estabelece entre as partes qualquer forma de sociedade, associação, relação de emprego, responsabilidade solidária e conjunta, nem poderá ser entendido como mandato ou agenciamento.

18.22 As partes contratantes, por si, seus representantes, administradores, empregados, prepostos, comprometem-se a não praticar qualquer ato que constitua violação às leis e regulamentos aplicáveis, incluindo, a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846), mas a ela não se limitando, e se abstêm de praticar quaisquer atos que facilitem ou impliquem o descumprimento da legislação em vigor pela outra parte, ficando desde já consignado que as partes contratantes não desejam receber nenhuma vantagem ilícita nem tampouco solicitam da outra qualquer conduta que possa configurar ato ilícito ou que seja contrária aos seus princípios.





www.unimedvitoria.coop.br
 Avenida Cezar Hilal, 700 - 3º Andar
 Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-922
 T. 0800 026 0080



18.23 Informações, elogios, sugestões ou reclamações podem ser encaminhados à CONTRATADA pelos Canais de Atendimento informados no sítio da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br).

18.24 Na área de acesso exclusivo do cliente Unimed Vitória, acessível pelo sítio da CONTRATADA (www.unimedvitoria.com.br), estão disponíveis diversos serviços para garantir maior comodidade aos beneficiários, tais como extrato de coparticipação, reemissão de boletos vencidos, emissão de 2ª via de boleto, extrato de utilização de serviços e pré-marcação de exames.

XIX ELEIÇÃO DE FORO

19.1 Fica eleito o foro da sede da CONTRATANTE para resolver todas e quaisquer demandas relativas ao presente contrato.

Vitória/ES, 26 de Junho de 2017.

[Handwritten signatures]

**UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
 CONTRATADA**

Dr. Márcio de Oliveira Almeida Dr. Remegildo Gava Milanez
 Diretor Presidente Diretor de Mercado

[Handwritten signature]

**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO TRABALHO EES - AJUSTES
 CONTRATANTE**

Testemunhas:

[Handwritten signature]
 Nome: SILVANA MARIA CONCALVES
 CPF: 862 098 257-53 JACOBINA

[Handwritten signature]
 Nome: IGOR SILVA BARCELLOS
 CPF: 058.553.467-57 G



41
 "Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
 Roberto Rodrigues



ANS - nº 357391

**ANEXO I****SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

Também estão cobertas pelo contrato as seguintes coberturas adicionais, não previstas na Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, a saber:

I - ACONSELHAMENTO MÉDICO POR TELEFONE

1.1 A CONTRATADA, através do SOS – UNIMED coloca a disposição dos beneficiários uma equipe completa de plantão na central de atendimento, **24 horas (todos os dias do ano, inclusive sábados, domingos e feriados)**, para atendimento do beneficiário da CONTRATADA em todo território nacional, **através dos telefones 0800 28 39 505 e 3335 5050**.

1.2 O médico regulador, por telefone, colhe os dados clínicos do paciente para a realização do aconselhamento médico, orientando, explicando, e esclarecendo sobre a atitude a ser tomada pelo beneficiário ou pelo seu acompanhante, que os permitam assumirem cuidados de tratamento ou a buscá-los em local definitivo numa unidade médico-hospitalar.

1.2.1 MÉDICO REGULADOR é o médico qualificado que faz a regulação médica, entendendo-se como regulação médica das urgências/emergências, o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar que faz o enlace com o nível hospitalar.

1.2.2 A competência técnica do médico regulador é a de avaliar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por telefone, enviar recursos necessários ao socorro médico, monitorar e orientar o atendimento feito pelo médico do serviço SOS – UNIMED, definindo e acionando o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento, e quando não houver necessidade do envio de unidade móvel, prestar orientação médica por telefone.

1.3 O aconselhamento médico por telefone será prestado depois de decorridos 10 (dez) dias da data de ingresso do beneficiário.

II - ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DOMICILIAR DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

2.1 O atendimento pré-hospitalar domiciliar de urgência ou emergência é prestado **exclusivamente nos municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana.**

2.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DOMICILIAR DE URGÊNCIA é o serviço de atendimento que antecede a internação hospitalar, originado por problemas no estado físico, decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, que mesmo não implicando em risco de vida, possa causar danos físicos inescusáveis ao beneficiário, necessitando de atendimento imediato, podendo ser executado no local onde se encontra o paciente.



- 2.3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DOMICILIAR DE EMERGÊNCIA é o serviço de atendimento que antecede a internação hospitalar, originado por situações clínicas ou cirúrgicas que impliquem em risco de vida ou de lesões irreparáveis à saúde do beneficiário, que requerem atendimento médico imediato, sendo este iniciado no domicílio do paciente e, após decisão médica, ser removido para uma unidade hospitalar com recursos apropriados, recebendo atendimento médico durante a remoção.
- 2.4 Após a solicitação telefônica (**através dos telefones 0800 28 39 505 e 3335 5050**) e identificação do beneficiário, o médico regulador assumirá o caso e definirá o tipo de atendimento, e enviará uma equipe médica, **em ambulância a ser definida pelo mesmo** e que se deslocará até o local da ocorrência para prestar o atendimento inicial visando tratar e manter o paciente estável em seu domicílio.
- 2.5 Caso haja necessidade, e de acordo com a gravidade do caso e da utilização de recursos hospitalares, a equipe médica, utilizando a mesma ambulância removerá o beneficiário para o hospital credenciado mais adequado, prestando atendimento contínuo até a chegada ao referido hospital.
- 2.6 A CONTRATADA, através do SOS – UNIMED, não se compromete a fornecer medicação de manutenção quando prescrita pelo seu médico, se comprometendo, porém a fornecer toda medicação e material necessário ao atendimento de urgência e/ou emergência.
- 2.7 Quando houver necessidade de remoção, o contato inicial com o hospital de destino, será feito pela central do serviço SOS – UNIMED, em comum acordo com o beneficiário e/ou seus familiares, que optarão pelo atendimento, desde que o hospital faça parte da rede de prestadores própria da CONTRATADA ou credenciada a este plano de saúde.
- 2.8 **Caso o beneficiário ou seus familiares optem pela prestação de serviços médicos e hospitalares em hospital não credenciado, serão de sua exclusiva responsabilidade as despesas decorrentes de tais serviços.**
- 2.9 Quando não houver especificação em qual hospital será dado o atendimento final, a equipe do SOS – UNIMED removerá o beneficiário para uma unidade hospitalar pertencente aos recursos próprios da UNIMED VITÓRIA;
- 2.10 São considerados **urgência e emergência**, baseados neste contrato, os seguintes sinais, sintomas ou situações clínicas, com direito a atendimento domiciliar, com possibilidade de remoção para uma unidade hospitalar:
- a) **DOENÇAS CARDIOVASCULARES:** parada cardiorrespiratória; infarto agudo do miocárdio; *angina pectoris*; insuficiência cardíaca; edema agudo do pulmão; arritmias cardíacas com instabilidade hemodinâmica; crise hipertensiva que não cede com medicamentos habituais; hipotensão arterial;
- b) **DOENÇAS RESPIRATÓRIAS:** insuficiência respiratória aguda; estado de mal asmático; palidez intensa com sudorese ou pele roxa; extremidades frias e roxas; aspiração de corpo estranho;

- c) **DOENÇAS NEUROLÓGICAS:** síncope; convulsão; coma; acidente vascular cerebral; encefalopatia hipertensiva; tremores com desvio dos olhos ou da boca; cefaleia de início súbito sem resposta a medicamentos; tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio; sonolência ou desmaios;
- d) **DOENÇAS METABÓLICAS:** *diabetes mellitus* descompensado; hipoglicemia; septicemia;
- e) **TRAUMA:** poli trauma; queda no domicílio com suspeita de fraturas; trauma de crânio;
- f) **CAUSAS DIVERSAS:** afogamento; quase afogamento; choque elétrico grave; ferimentos profundos ou múltiplos; perda de sangue em grande quantidade; queda com perda súbita de consciência; grandes queimados; intoxicações exógenas (envenenamento); quadro alérgico grave; choque anafilático; dores abdominais intensas; desidratação; hipertermia grave que possa desencadear convulsão;
- g) **QUADROS CLÍNICOS DEFINIDOS:** abdômen agudo inflamatório; abdômen agudo obstrutivo; acidente vascular cerebral hemorrágico; acidente vascular cerebral isquêmico; aneurisma abdominal; aneurisma cerebral não roto; aneurisma torácico; bloqueio atrioventricular total; choque cardiogênico; coma hiperosmolar não-cetótico; cetoacidose diabética; complicações da prematuridade; embolia pulmonar; endocardite aguda; hemorragia digestiva alta; insuficiência renal aguda; pericardite aguda; pneumotórax; trauma de abdômen; trauma de tórax; traumatismo raquimedular;
- h) **OUTROS QUADROS PATOLÓGICOS:** que a critério do médico regulador da CONTRATADA, por interpretar como risco de vida, requeiram pronto atendimento médico.

2.11 O atendimento pré-hospitalar domiciliar de urgência ou emergência será prestado depois de decorridos 10 (dez) dias da data de ingresso do beneficiário.

III - REMOÇÃO MÉDICA TERRESTRE E/OU AÉREA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

3.1 A REMOÇÃO MÉDICA é um ato definido por um médico regulador que, após contato telefônico com o beneficiário, ou quem o acompanhe, irá analisar a complexidade do seu quadro clínico e classificar o chamado se urgência ou emergência e decidir pela necessidade, ou não, de envio da unidade móvel de remoção.

3.1.1 Em qualquer situação, a remoção do paciente e a escolha do meio de transporte (aéreo ou terrestre) serão definidas pelo médico regulador, levando em consideração do estado de saúde do beneficiário e a distância entre origem e destino.

REMOÇÃO MÉDICA TERRESTRE DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

3.2 A remoção médica terrestre de urgência ou emergência será solicitada **através dos telefones 0800 28 39 505 e 3335 5050** e prestada **exclusivamente NOS MUNICÍPIOS DE VITÓRIA, VILA VELHA, CARIACICA, SERRA E VIANA** ou quando distantes até 50

km (cinquenta quilômetros) de Vitória/ES ou em distâncias maiores (somente quando houver impedimento da remoção ser realizada por via aérea) e nesse caso desde que **exclusivamente dentro do limite territorial do estado do Espírito Santo e a critério da CONTRATADA.**

3.3 A remoção médica terrestre de urgência ou emergência será prestada exclusivamente da origem ao hospital de destino, ou seja, do local onde se encontra o beneficiário ao hospital que dará o atendimento definitivo, de acordo com a definição do médico regulador.

3.3.1 A remoção médica terrestre de urgência ou emergência somente será garantida se o local de origem não for via pública ou não for local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento.

3.4 A ambulância terrestre para o transporte domiciliar de urgência ou emergência será definida pelo médico regulador e executado pela equipe médica da CONTRATADA, **exclusivamente.**

3.4.1 EQUIPE MÉDICA é a equipe da CONTRATADA, comandada pelo médico regulador que participa do atendimento, por motorista socorrista e por profissionais de enfermagem, sendo todos treinados em atendimento pré-hospitalar (Ambulância UTI: médico intervencionista, enfermeiro e motorista socorrista; Ambulância Básica: técnico de enfermagem e motorista socorrista).

REMOÇÃO MÉDICA AÉREA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

3.5 A remoção médica aérea de urgência ou emergência será prestada por empresa terceirizada contratada para este fim, continuamente 24 (vinte e quatro) horas do dia, com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando a responsabilidade sobre o paciente beneficiário quando efetuado o registro no estabelecimento de saúde de destino.

3.6 Caberá à empresa terceirizada definir o tipo de transporte aéreo que utilizará, em função de suas disponibilidades, do estado de saúde do beneficiário, da distância a ser percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas.

3.7 O atendimento ao beneficiário na modalidade denominada "aeronave de transporte médico", só será possível em locais onde existam aeródromos homologados ou registrados e que os mesmos ofereçam as condições necessárias para uma operação segura de acordo com os manuais dos fabricantes das aeronaves utilizadas no transporte, sempre respeitando as normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

3.8 A REMOÇÃO MÉDICA AÉREA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA SERÁ EFETUADA **EXCLUSIVAMENTE NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

a) Inter-Hospitales, ou seja, de um hospital de menos recursos para o outro mais próximo, com mais recursos, por *estrita indicação médica* e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos, não existentes no hospital onde se encontra o paciente, sendo a distância entre eles sempre superior a 50 km (cinquenta quilômetros).

b) Retorno ao local de domicílio, quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do paciente beneficiário, sob estrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transportado em aeronave UTI, estando impedido de retornar por outros meios de transportes, sendo o destino sempre superior a 50 km (cinquenta quilômetros).

3.9 A REMOÇÃO OBJETO DESTES SERVIÇOS SOMENTE SERÁ REALIZADA SE PREENCHIDOS, SIMULTANEAMENTE, TODOS OS REQUISITOS ELENCADOS A SEGUIR:

a) Inter-Hospitales:

a.1) a remoção deve ser realizada entre hospitais; e

a.2) desde que intermunicipal ou interestadual; e

b) Necessidade de Recursos Complementares

b.1) desde que os hospitais da cidade onde se encontra o beneficiário não detenham condições de ministrar o tratamento adequado; e

b.2) sempre por solicitação e determinação do médico assistente responsável pelo caso; e

b.3) para o hospital mais próximo e que detenha as condições de prestar o adequado tratamento às necessidades do beneficiário; e

b.4) desde que haja prévio contato pelo médico assistente solicitante e/ou familiares do beneficiário **confirmando a reserva de vaga no Hospital de destino**, com consequente contato do médico de triagem da empresa executora do serviço junto ao referido Hospital, para ratificar a existência da reserva; e

b.5) exclusivamente quando o beneficiário necessitar de internamento em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva) e;

b.6) somente quando a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida, seja, impreterivelmente, superior a 50 km (cinquenta quilômetros) terrestres.

c) Retorno ao Local de Domicílio (Repatriamento)

c.1) após o tratamento inicial e quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do beneficiário; e

c.2) sob estrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transporte em ambulância UTI; e

c.3) sendo a distância entre o hospital em que se encontra o beneficiário e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida, seja, impreterivelmente, superior a 50 km (cinquenta quilômetros) terrestres.

3.10 Havendo impossibilidade técnica para execução da remoção médica aérea, devido às condições climáticas ou por violação à legislação em vigor no que diz respeito às condições de tráfego aéreo e às normas e instruções da Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC e do Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica, o serviço será executado por outro meio de transporte a ser estabelecido pela empresa executora do mesmo, mediante definição de seu médico de triagem.

3.11 A remoção médica aérea de urgência ou emergência somente será realizada após a confirmação de disponibilidade e reserva da vaga no hospital de destino para o qual o beneficiário será removido.

3.12 Compete exclusivamente aos responsáveis pelo beneficiário a escolha e a contratação do hospital para onde o mesmo será transportado, reservando a respectiva vaga hospitalar, responsabilizando-se por eventuais acertos, entrega de guias de internação e acatamento das demais condições impostas pelo hospital escolhido.

3.13 O hospital a ser contratado pelos responsáveis do paciente beneficiário e para onde o mesmo será transportado através dos serviços de remoção aeromédica de urgência deverá ser o mais próximo ao local do evento onde restou configurada a urgência, desde que tenha os recursos necessários ao atendimento que será realizado.

3.14 A remoção médica aérea de urgência ou emergência somente terá início com o acionamento, pelos familiares ou pelo médico assistente do beneficiário, à Central de Atendimento 24 h da empresa executora do serviço, **no telefone 0800 9 412 412.**

EXCLUSÃO DE COBERTURA

3.15 ESTÃO FORA DE COBERTURA CONTRATUAL, OU SEJA, NÃO SERÃO ATENDIDAS AS SOLICITAÇÕES DE REMOÇÃO MÉDICA TERRESTRE OU AÉREA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA:

- a) BENEFICIÁRIO QUE APRESENTAR ESTADO DE COMA IRREVERSÍVEL;
- b) BENEFICIÁRIO QUE APRESENTAR QUADRO SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS – FASE TERMINAL;
- c) BENEFICIÁRIO QUE ESTEJA OU FOI SUBMETIDO A ATOS MÉDICOS, EXPERIÊNCIAS EM DESACORDO COM O CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA – CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA;
- d) BENEFICIÁRIO QUE APRESENTAR USO DE BEBIDA ALCOÓLICA;



- e) **BENEFICIÁRIO QUE APRESENTAR USO VOLUNTÁRIO DE DROGAS ILÍCITAS;**
- f) **CASOS PSIQUIÁTRICOS E DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA;**
- g) **CONSULTA MÉDICA;**
- h) **REVISÃO DE CIRURGIA OU RETIRADA DE PONTOS E CURATIVOS;**
- i) **HEMODIÁLISE DE ROTINA PERIÓDICA PROGRAMADA;**
- j) **FISIOTERAPIA;**
- k) **EXAMES COMPLEMENTARES AO DIAGNÓSTICO;**
- l) **OXIGÊNIO TERAPIA HIPERBÁRICA;**
- m) **QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA;**
- n) **TRANSPORTE DE DOADORES DE ÓRGÃOS E RECEPTORES;**
- o) **TRABALHO DE PARTO;**
- p) **ESTADO FEBRIL;**
- q) **INVESTIGAÇÃO DE SINTOMAS GERAIS (TOSSE, FEBRE, MAL ESTAR, GRIPE ETC);**
- r) **CONTROLE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL;**
- s) **PACIENTES CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONTINUADO SEM AGUDIZAÇÃO DO PROCESSO;**
- t) **DOR DE OUVIDO, DOR DE DENTE;**
- u) **QUALQUER SERVIÇO DE RESGATE EM VIA PÚBLICA, MESMO EM CASO DE ACIDENTE (AUTOMOBILÍSTICO, INCÊNDIO, DESLIZAMENTO, INUNDAÇÃO, ETC.);**
- v) **SE FOR INDICADO PROCEDIMENTO OU TERAPÊUTICA EXPERIMENTAL E/OU NÃO APROVADA PELOS ÓRGÃOS REGULADORES DA SAÚDE E/OU NÃO COBERTO NESTE CONTRATO;**
- w) **PORTADORES DE PATOLOGIAS QUE OFEREÇAM RISCO À INTEGRIDADE FÍSICA E À SAÚDE DOS TRIPULANTES DAS AERONAVES, TAIS COMO DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS;**
- x) **PORTADORES DE PATOLOGIAS INCOMPATÍVEIS COM O TRANSPORTE AÉREO E AMBULÂNCIA UTI;**

y) **TUDO E QUALQUER ATENDIMENTO CARACTERIZADO COMO SENDO ELETIVO.**

3.16 A EQUIPE MÉDICA RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE FARÁ UMA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO BENEFICIÁRIO VISANDO VERIFICAR SE NÃO EXISTE CONTRA-INDICAÇÃO PARA O TRANSPORTE AÉREO.

3.17 AS EXCLUSÕES PREVISTAS NO ITEM 3.15 NÃO SÃO TAXATIVAS, ESTANDO OUTRAS POSSIBILIDADES SUJEITAS À ANÁLISE PRÉVIA DO MÉDICO REGULADOR E/OU DO MÉDICO DE TRIAGEM, QUE POSSUEM CONHECIMENTO TÉCNICO PARA AVALIAR A REAL NECESSIDADE DAS REMOÇÕES MÉDICAS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.

RESPONSABILIDADES

3.18 Não é responsabilidade da CONTRATADA todo e qualquer tipo de complicação, agravamento, piora e comprometimento do quadro clínico, aumento de morbidade, danos, sequelas, lesões e também o óbito, de beneficiários cuja solicitação de atendimento se fez tardiamente, cuja informação à Central de Atendimento 24 horas foi feita de forma parcial, equivocada, imprecisa, tendenciosa, pouco clara, com a omissão de fatos e dados relevantes ao quadro clínico questionados pelo médico regulador da CONTRATADA ou quando houver demora, por parte de quem receber o beneficiário no local de destino, em providenciar os itens definidos no presente contrato, cujo tratamento pelo médico assistente se fez de forma inadequada, cujo diagnóstico se fez erroneamente.

3.19 A CONTRATADA não se responsabiliza por todo e qualquer dano, piora, comprometimento, agravamento, complicação do quadro clínico, sequelas e óbito do beneficiário em decorrência de todo e qualquer tipo de atendimento e transporte efetuados até uma das unidades móveis da CONTRATADA (ambulância ou aeronave), desde que efetuado sem a responsabilidade da mesma.

3.20 Não é de responsabilidade da CONTRATADA toda e qualquer consequência danosa ao beneficiário decorrente de tratamento, atos e procedimentos médicos ministrados ao beneficiário antes do seu recebimento pela sua equipe médica, na origem do transporte e depois da sua entrega pela equipe médica da CONTRATADA no destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.

3.21 Ao serviço a ser prestado pressupõe a autorização explícita do beneficiário e/ou seus responsáveis para executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, até cirúrgica, tratamentos e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do beneficiário e a boa condução do seu caso clínico/cirúrgico.

3.22 Nenhum ato em desacordo com o Código de Ética Médica será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da CONTRATADA, bem como não terão cobertura de atendimento e transporte, pelo presente contrato, beneficiários submetidos voluntariamente a tais atos.

3.23 Em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica do beneficiário, deterioração das condições de dirigibilidade ou aeronavegabilidade, defeito da unidade móvel (aeronave ou ambulância) e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a equipe médica da CONTRATADA a deslocar o beneficiário ao local mais adequado, que atenda as suas condições de atendimento seguro.

3.24 Em caso de óbito do beneficiário, ocorrido quando ainda estiver sob a responsabilidade técnica da CONTRATADA, poderá a equipe médica assistente encaminhar o falecido ao serviço de verificação de óbito no instituto médico legal mais próximo para a expedição do competente atestado de óbito, quando houver qualquer situação que respalde legal, ética ou tecnicamente tal ação.

3.25 A CONTRATADA, nos casos de óbito do beneficiário, não tem responsabilidade com providências e/ou com despesas de traslado, urna funerária, embalsamento, sepultamento, etc.

3.26 A CONTRATADA não se responsabiliza, em nenhuma hipótese, pelo pagamento de serviços prestados por entidades ou empresas não credenciadas, nem por serviços não cobertos pelo contrato, assim como por serviços requisitados pelo beneficiário, mas prestados a outra pessoa não inscrita como beneficiário, correndo tais despesas por conta exclusiva do beneficiário, que reembolsará a CONTRATADA caso os serviços, por inadvertência pela sua natureza emergencial, venham a ser efetivados.

3.27 A utilização dos serviços da CONTRATADA está condicionada a que sua solicitação seja feita diretamente às Centrais de Atendimento para prestação dos serviços, cujos telefones e demais identificadores encontram-se devidamente identificados no presente contrato.

3.28 Nenhuma responsabilidade civil ou criminal caberá à CONTRATADA por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos pelos beneficiários transportados pela empresa de remoção aérea terceirizada, que mantém seguro para cobertura de tais sinistros.

CARÊNCIA

3.29 A remoção médica terrestre ou aérea de urgência ou emergência será prestada depois de decorridos 60 (sessenta) dias da data de ingresso do beneficiário.