

PROPOSTA DE ADESÃO

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.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA JUSTICA DO TRABALHO EES - AJUSTES

CNPJ: 35.963.792/0001-84

Inscrição Estadual: Isento

Endereço: Praça Francisco Teixeira da Cruz, nº 16, sala 1306, Ed. Navemar, Centro - Vitória/ES CEP: 29.010-155

PRODUTO

Nome Comercial: Vitoriamed Coletivo por Adesão Referência

Tipo de contratação: Coletivo por adesão

Segmentação assistencial do plano de saúde: Referência

Área geográfica de abrangência do Plano: Nacional

Área de atuação: Todos os Estados da Federação

Padrão de acomodação em internação: Coletiva

Formação do preço: Pré-Estabelecido

Nº ANS: 462.347/10-9

TABELA DE PREÇO

Inscrição: Titular: R\$ 10,00 (dez reais).

Dependente: R\$ 5,00 (cinco reais).

Mensalidade:

FAIXA ETÁRIA	TITULAR/DEPENDENTE R\$
De 00 (zero) a 18 (dezoito) anos	154,30
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	172,81
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	198,74
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	228,53
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	251,40
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	281,56
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	323,80
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	355,47
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	391,79
De 59 (cinquenta e nove) anos em diante	411,39

As mensalidades serão pagas pela CONTRATANTE através de fatura todo dia 30 (trinta) de cada mês.

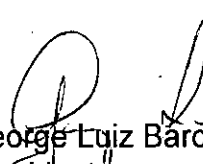
E, por estarem assim justos e contratados, firmam as partes a presente Proposta de Adesão, e a assinam em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

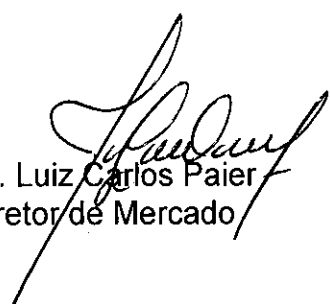
Vitória, 03 de julho de 2013.

CONTRATADA

CONTRATANTE


Dr. Márcio de Oliveira Almeida
Diretor Presidente

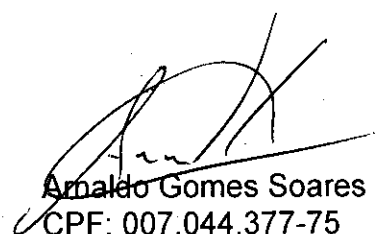

George Luiz Barcelos Santos
Presidente
CPF: 578.026.537-20


Dr. Luiz Carlos Paier
Diretor de Mercado

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA


Reviane Loyola R. de Almeida Lopes
CPF: 100.546.457-00


Arnaldo Gomes Soares
CPF: 007.044.377-75



**CONTRATO E CONDIÇÕES GERAIS DE PLANO COLETIVO POR ADESÃO
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Nome Comercial: Vitóriamed Coletivo por Adesão Referência
Tipo de contratação: Coletivo por adesão
Segmentação assistencial do plano de saúde: Referência
Área geográfica de abrangência do Plano: Nacional
Área de atuação: Todos os Estados da Federação
Padrão de acomodação em internação: Coletiva
Formação do preço: Pré-Estabelecido
Nº ANS: 462.347/10-9

Sumário

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
III – COBERTURA E PROCEDIMENTO GARANTIDOS	5
IV – EXCLUSÕES DA COBERTURA	9
V – DURAÇÃO DO CONTRATO	11
VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA	11
VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	12
VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	16
X – MECANISMO DE REGULAÇÃO	16
XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	17
XII – REAJUSTE	18
XIII – FAIXAS ETÁRIAS	20
XIV – BÔNUS – DESCONTOS	21
XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	21
XVI – RESCISÃO / SUSPENSÃO	21
XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS	22
XVIII – ELEIÇÃO DE FORO	23

Q



I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

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 que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

- a) com vínculo empregatício ativo – funcionários, diretores, sócios ativos da CONTRATANTE;
- b) com vínculo empregatício inativo – empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa;
- c) sem vínculo empregatício – consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.

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

- a) Cônjuge;
- b) Filhos e filhas, solteiros (as), até 24 anos;
- c) Filhos e filhas, solteiros, inválidos com comprovação de dependência econômica;
- d) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- e) O convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge;
- f) Pai e a mãe, com dependência econômica, comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social, em relação ao usuário titular.

R



2.4 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.5 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, 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 agravado, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

2.6 Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

III – COBERTURA E PROCEDIMENTO GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA assegurará, aos usuários inscritos, os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida à segmentação contratada neste produto, conforme especificado abaixo:

I. Consultas médicas: em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em todas as 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 cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

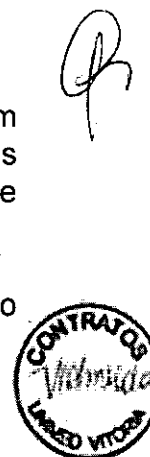
3.1.2 Estão cobertos na segmentação assistencial os procedimentos considerados especiais abaixo relacionados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia (transfusão sanguínea) ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.3 No tratamento de transtornos psiquiátricos:

I - atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o paciente ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

II - psicoterapia de crise realizada por profissional da área da saúde mental, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas com início



imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de doze semanas.

III - Tratamento básico, prestado por médico com número ilimitado de consultas, coberturas de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitado pelo médico assistente.

3.2 O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei nº. 9.656/98:

I - Cobertura para atendimentos hospitalares definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS RN 167/08 e suas atualizações.

II - Procedimentos odontológicos e buco-maxilo-facial, quando necessário sua realização em ambiente hospitalar, desde que esse atendimento hospitalar seja por imperativo clínico.

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

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia conforme prescrição do médico assistente;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia conforme prescrição do médico assistente;
- d) transfusão sanguínea (hemoterapia);
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim, córnea e medula óssea autólogo, exceto medicação de manutenção.

IV - Diárias de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.

V - Cobertura de internações em hospitais, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo CFM (Conselho Federal de Medicina).

VI - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar credenciado, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.



VII - Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados, serviços contratados ou credenciados.

VIII - Serviços gerais de enfermagem, EXCETO EM CARÁTER PARTICULAR E DOMICILIAR.

IX - Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

X - Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica, e para o controle da evolução da doença.

XI - Fornecimento de medicamentos e materiais nacionais ou importados nacionalizados, anestésicos e gases medicinais, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

XII - Cobertura de um acompanhante para usuários menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir dos 60 (sessenta) anos, e portadores de necessidades especiais conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada pelo usuário, com exceção de internação em UTI ou similar, quando cessa o direito a acomodação e alimentação do acompanhante;

XIII - Tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

XIV - Estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

XV - As internações psiquiátricas estão sujeitas à coparticipação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, de acordo com o previsto no normativo vigente pela ANS à época da contratação, nos seguintes termos:

- a) de um a trinta dias, não há coparticipação;
- b) de trinta e um a sessenta dias, coparticipação de 50% (cinquenta por cento); e
- c) acima de sessenta dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).

XVI - Além da internação definida no item anterior, o usuário com transtorno psiquiátrico poderá dispor de oito semanas anuais (não cumulativas) de tratamento em regime de hospital-dia.

Pr



XVII - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10 (dez), Classificação Estatística Internacional de Doenças, a cobertura descrita no item anterior poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano, não cumulativa.

XVIII - Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização.

XIX - As internações por dependência química estão sujeitas à coparticipação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, de acordo com o previsto no normativo vigente pela ANS à época da contratação, nos seguintes termos:

- a) de um a quinze dias, não há coparticipação;
- b) de dezesseis a trinta dias, coparticipação de 50% (cinquenta por cento);
- c) de trinta e um a quarenta e cinco dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).
- d) acima de quarenta e cinco dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).

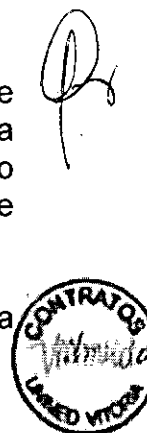
XX - Medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão coparticipação.

XXI - Os transplantes de rim, córnea e medula óssea autólogo são cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, durante o período de internação para realização do transplante;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, EXCETO MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XXII - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

XXIII - Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado nesta cláusula não será coberto pela CONTRATADA.



XXIV- Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando declarado pelo médico assistente não ser estética.

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

3.3 O segmento hospitalar com obstetrícia compreende:

3.3.1 Toda a cobertura definida no segmento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto, definidos e listados no ROL PROCEDIMENTOS RN 167/08 da ANS e suas atualizações.

3.3.2 A CONTRATADA garantirá cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular ou dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, não podendo alegar doença e lesão preexistente, aplicar cobertura parcial temporária.

IV – EXCLUSÕES DA COBERTURA

4.1 EXCLUSÕES EM TODOS OS SEGMENTOS

4.1.1 DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICO NÃO COOPERADO, OU POR HOSPITAIS E SERVIÇOS NÃO PERTENCENTES À REDE CREDENCIADA AUTORIZADA PARA ESTE CONTRATO, EXCETO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

4.1.2 ESTÃO EXCLUÍDOS DE COBERTURA OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS NÃO CREDENCIADOS E TAMBÉM OS REALIZADOS EM HOSPITAIS QUE, MESMO SE CREDENCIADOS POR OUTRAS COOPERATIVAS DO SISTEMA NACIONAL UNIMED, NÃO SEJAM COBERTOS POR ESTE CONTRATO.

4.1.3 PROCEDIMENTOS NÃO CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO OCORRIDO.

4.1.4 MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE, OU NÃO REALIZADOS NO AMBIENTE AMBULATORIAL OU HOSPITALAR.

4.1.5 ATENDIMENTO NOS CASOS CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.

4.1.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS OU MATERIAIS DE USO DOMICILIAR, INCLUSIVE QUIMIOTERÁPICOS.



4.1.7 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS (INCLUSIVE QUIMIOTERÁPICOS), EQUIPAMENTOS E MATERIAIS, QUE NÃO SEJAM UTILIZADOS DURANTE INTERNAÇÕES OU DURANTE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, OU AINDA, QUE NÃO NECESSITEM DE SUPERVISÃO MÉDICA.

4.1.8 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS OU NÃO RECONHECIDOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (ANVISA).

4.1.9 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, PRÉ OU PÓS OPERATÓRIOS, INCLUSIVE OS RELACIONADOS A DOADOR, RELATIVOS A TRANSPLANTES, EXCETO RIM E CÓRNEA.

4.1.10 PARA OS FINS DESTES CONTRATO TAMBÉM SÃO CONSIDERADOS TRANSPLANTES, E, PORTANTO, NÃO SERÃO COBERTOS PELO CONTRATO, O TRANSPLANTE DE MEDULA ALOGÊNICO APARENTADO, E O TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO NÃO APARENTADO AUTÓCTONE, TENDO COBERTURA PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO DE ACORDO COM O ANEXO I DA RN 167/08.

4.1.11 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM.

4.1.12 TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, OU GANHO DE PESO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIA HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

4.1.13 TRATAMENTOS EM SPA'S, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS.

4.1.14 FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E EQUIPAMENTOS DE QUALQUER NATUREZA, NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO.

4.1.15 ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR.

4.1.16 CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA.

4.1.17 PROCEDIMENTOS, TRATAMENTOS E EXAMES REALIZADOS NO EXTERIOR, AINDA QUE A COLETA DO MATERIAL SEJA FEITA NO BRASIL.

4.1.18 QUALQUER ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS BUCO-MAXILARES EM AMBIENTE HOSPITALAR, PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS RN 167/08 DA ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES.



4.1.19 TRATAMENTOS CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, E TRATAMENTOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS.

4.1.20 TRATAMENTOS E CIRURGIAS PARA INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL.

4.1.21 CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS.

4.1.22 NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR, MINERALOGRAMA DO CABELO, CONSULTAS E EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, ATESTADOS MÉDICOS EM GERAL, E EXAMES DE DNA (INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE).

4.1.23 ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR.

4.1.24 CIRURGIA REFRACTIVA DE MIOPIA COM GRAU INFERIOR A CINCO E HIPERMETROPIA COM GRAU SUPERIOR A SEIS.

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

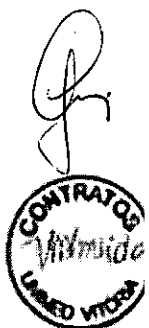
5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2 O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão, sendo assim especificados:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Emergência e Urgência / Acidente Pessoal	24 horas
Consultas, Análises clínicas e RX simples	30 dias
Exames obstétricos/Radiológicos contrastado	120 dias
Procedimentos de Diagnose / Internações clínicas	180 dias
Internações psiquiátricas e dependência química, assim como hospital / dia psiquiátrico.	180 dias
Ressonância Nuclear Magnética, tratamento e Internações cirúrgicas	180 dias
Prótese e Órtese, cirurgia de obesidade mórbida e cirurgia refrativa oftalmológica.	180 dias
Cirurgia cardíaca, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em	180 dias



hemodinâmica.	
Transplante de rim e córnea.	180 dias
Partos a termo.	300 dias

6.2 Os serviços contratados serão prestados aos associados regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas.

6.3 Não será exigido o cumprimento de carências se:

6.3.1 A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato.

6.3.2 O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

7.2 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

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

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

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

7.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou

For



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

7.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente 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.

7.8 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, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

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

7.11 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 exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

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

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

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



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

7.16 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.17 Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

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

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

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

7.22 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

- I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes



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

DA REMOÇÃO

8.3 A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

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; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

8.4 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.

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

8.6 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 SUS.

8.7 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.

DO REEMBOLSO

8.8 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.9 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:



a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;

d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 Não se aplica.

X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

10.1 Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido e um documento de identidade.

10.2 Os serviços de diagnóstico, tratamento e procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não participantes à rede própria ou contratualizada da CONTRATADA referenciados, cooperados e credenciados.

10.3 Todos os procedimentos exigem autorização prévia, sendo necessário que os usuários compareçam a Loja de Atendimento da UNIMED munidos do Cartão de Identificação e solicitação médica, onde seu pedido será submetido à auditoria médica, que terá o prazo de até um dia útil para emissão da resposta, contado a partir da data de solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

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



10.5 Fica garantido, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da Resolução nº. 08 do CONSU.

10.6 REDE DE PRESTADORES REFERENCIADOS: A relação de médicos cooperados e prestadores credenciados e contratados consta do Guia de Atendimento Unimed Vitória entregue ao CONTRATANTE no ato da contratação, periodicamente atualizado, estando ainda à disposição dos usuários nas Lojas de Atendimento da CONTRATADA e, na Internet, no site www.unimedvitoria.com.br.

10.7 A relação de hospitais credenciados poderá ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA em caso de redimensionamento, por redução da rede hospitalar, mediante autorização prévia da ANS, sendo que a exclusão de prestadores será devidamente informada ao usuário, por meio de correspondência normal, nos termos do art. 17 da Lei 9.656/98, ou substituição da rede seguindo as regras abaixo:

I - A Unimed poderá substituir um prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos usuários e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvada desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II - Ocorrendo substituição do prestador conforme item anterior por vontade da Unimed, durante período de internação do usuário, será garantido à manutenção da internação até a alta hospitalar a critério do médico assistente, na forma contratual;

III - Nos casos de substituição do prestador hospitalar previsto no item anterior por infração às normas sanitárias em vigor, a Unimed arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do usuário para outro prestador hospitalar equivalente, garantindo a continuidade da assistência sem ônus adicional para o usuário.

XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido.

11.2 A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

11.3 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

11.4 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.



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

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

11.7 Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

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

11.9 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 doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

11.10 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.

XII – REAJUSTE

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 obedecerá à seguinte fórmula:

$$S=CD/F \quad R=(S/MS)-1$$

Onde:

S: Sinistralidade;

CD: Custo direto;



F: Fatura total;

R: Reajuste;

MS: Meta de sinistralidade;

b) Além do reajuste técnico será aplicado o reajuste financeiro, refletindo a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período.

c) Meta de Sinistralidade.

I - A meta de sinistralidade do contrato é estabelecida de acordo com as despesas administrativas, comerciais, provisão técnica de eventos realizados e não avisados margem operacional em relação às faturas e provisões técnicas que forem exigidas pela ANS. Seguindo a fórmula abaixo:

$$MS = 1 - (DA + DC + PEONA + MO)$$

Onde:

DA: Despesas administrativas;

DC: Despesas comerciais;

PEONA: Provisão de eventos ocorridos e não avisados;

MO: Margem operacional;

II - No caso do contrato estar em equilíbrio, ou seja, sinistralidade apurada estiver abaixo da meta de sinistralidade, aplicar-se-á o índice acumulado de 12 (doze) meses da IPCA SAÚDE, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na falta deste o FIPE SAÚDE, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas acrescido de 3% (três por cento).

III - Se o cálculo do reajuste for inferior ao valor apresentado do IPCA SAÚDE acumulado de 12 (doze) meses, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística acrescido de 3% (três por cento) será adotado este último índice.

IV - Se a sinistralidade apurada for superior a meta de sinistralidade, acordada para este contrato no índice negociado entre as partes, o contrato será reajustado utilizando a fórmula indicada nesta cláusula, além do índice financeiro (IPCA SAÚDE acumulado de 12 meses).

12.2 A CONTRATADA se obriga apresentar, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes da data base de reajuste do contrato, planilhas atuarias, que justifiquem o reajuste a ser aplicado de acordo com o item acima.



12.3 Se por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos dos itens anteriores, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IPCA SAÚDE acumulado de 12 meses, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na falta deste o FIPE SAÚDE, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas acrescido de 3%.

12.4 Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos usuários, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato.

12.5 Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas nesta cláusula.

12.6 A CONTRATADA comunicará a ANS os percentuais de reajuste aplicados.

XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada, no mês subsequente ao do aniversário do usuário, conforme as faixas e os percentuais abaixo:

- 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 - 15%
- e) De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade - 10%
- f) De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade - 12%
- g) De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade - 15%
- h) De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade - 10%
- i) De 54 (cinquenta e quatro) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade - 10%
- j) De 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais - 5%

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

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

13.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.

13.5 No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.



XIV – BÔNUS – DESCONTOS

14.1 Não há descontos para este produto

XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

15.1.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.1.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.1.3 Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

15.1.4 A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato.

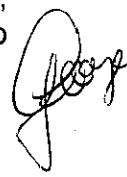
XVI – RESCISÃO / SUSPENSÃO

16.1 O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

16.2 O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

16.2.1 Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

16.2.2 Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;



16.2.3 Por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

16.2.4 Se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

16.3 Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes.

16.4 Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

a) motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.

b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor das mensalidades restantes para se completar este período.

16.5 O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 É parte integrante deste contrato:

- I - Proposta de Adesão;
- II - Relação de usuários inscritos (primeira massa);
- III - Planilha de movimentação;
- IV - Formulário de Declaração de Saúde;
- V- Carta de orientação ao Beneficiário;

17.2 A CONTRATADA fornecerá aos usuários o cartão individual de identificação.

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

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

17.2.3 É obrigação do usuário, ao fim do contrato, ou em casos de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação.



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

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

17.5 O usuário reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

17.6 O usuário autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde relativa a esse contrato.

17.7 Através do presente instrumento a PESSOA JURÍDICA 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 usuários vinculados ao plano de assistência a saúde será da sua (dele) exclusiva responsabilidade, sendo que a eventual omissão dessa obrigação não o eximirá da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à CONTRATADA, em especial por àqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

17.8 A Unimed Vitória, poderá exigir, a qualquer tempo, documentos oficiais que comprovem o vínculo - entre o USUÁRIO TITULAR e a PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE - trabalhista ou societário, associativo, sindical ou, ainda, a relação de dependência entre o Usuário Titular e os seus Dependentes.

17.9 Na hipótese do usuário 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.

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

XVIII – ELEIÇÃO DE FORO

18.1 Fica eleito o domicílio do CONTRATANTE como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

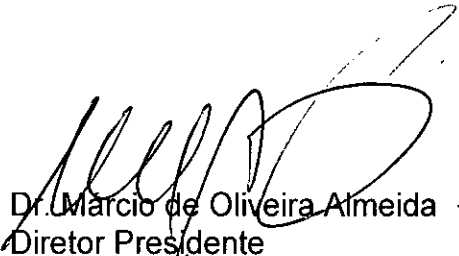


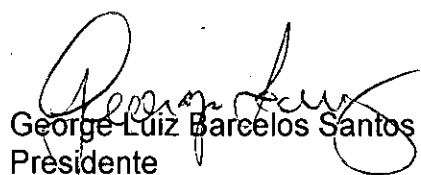
E, por estarem assim justos e contratados, firmam as partes a presente Proposta de Adesão, e a assinam em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

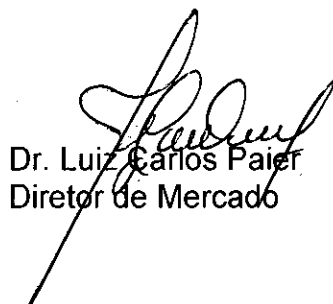
Vitória, 03 de julho de 2013.

CONTRATADA

CONTRATANTE

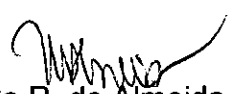

Dr. Marcio de Oliveira Almeida
Diretor Presidente

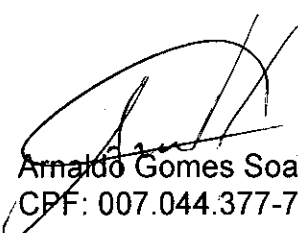

George Luiz Barcelos Santos
Presidente
CPF: 578.026.537-20


Dr. Luiz Carlos Paier
Diretor de Mercado

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA


Reviane Loyola R. de Almeida Lopes
CPF: 100.546.457-00


Arnaldo Gomes Soares
CPF: 007.044.377-75



ANEXO I

Ficam EXCLUÍDOS da cobertura deste Contrato, os seguintes Hospitais de Tabela Própria/Alto Custo:

Bahia: Centro It. Prom. Saint. – Hospital São Rafael; Hospital Aliança; Hospital Maternidade de Santo Amaro; Instituto Cardio Pulmonar da Bahia; Sociedade Espanhola de Beneficência e Socorro Médico – Somed.

Rio Grande do Sul: Associação Educadora São Carlos (Hospital Mãe de Deus), Associação Hospitalar Moinho de Vento.

Santa Catarina: Hospital e Maternidade Dona Helena.

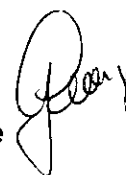
São Paulo: Beneficência Portuguesa, Diagnóstico da América (Delboni), Hospital A/C Camargo, Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital e Maternidade São Camilo –Pompéia, Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Itaim, Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Morumbi, Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Anália Franco, Hospital e Maternidade Santa Joana, Hospital Sírio Libanês – Sociedade Beneficente de Senhoras, Hospital Santa Isabel - Santa Casa Saúde de SP, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Nove de Julho, Hospital Samaritano, Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Isabel - Saúde Mental, laboratório Fleury Medicina Diagnostica, e Pronto-Socorro Infantil Sabará.

Rio de Janeiro: Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde Santa Lúcia, Casa de Saúde São José do Humaitá, Clínica Pediátrica da Barra, Clínica São Vicente na Gávea, DH - Day Hospital, Hospital Barra D'or, Hospital Copa D'or, Hospital de Clinicas Rio Mar Barra, Hospital Israelita Albert Sabin, Hospital Pasteur, Hospital Pro cardíaco, Hospital Quinta D'or, Hospital Samaritano, Hospital São Lucas e Ipanema Serviço de Assistência Medico Cirúrgica infantil - Centro Pediátrico da Lagoa.

Recife: Real Hospital Português, Hospital Memorial São José e Hospital Santa Joana.

Ficam também excluídos de cobertura os hospitais de alto custo que praticarem preços superiores aos constantes da tabela utilizada pela Unimed Vitória.

Obs.: Esta relação está passível de atualizações, não havendo necessidade de formalização.



Un med

Vitória

Operadora: Unimed Vitória

CNPJ: 27.578.434/0001-20

Nº de registro na ANS: 357391

Nº de registro do produto: 462.578/10-1

Site: <http://www.unimedvitoria.com.br>

Tel.: 0800 026 0080

Guia de Leitura Contratual

Vitoriamed Coletivo Adesão Quarto Privativo

*Página do
Contrato***CONTRATAÇÃO**

Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.

03

**SEGMENTAÇÃO
ASSISTENCIAL**

Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

03

**PADRÃO DE
ACOMODAÇÃO**

Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.

03

**ÁREA GEOGRÁFICA
DE ABRANGÊNCIA E
ATUAÇÃO**

Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A 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.

03

**COBERTURAS E
PROCEDIMENTOS
GARANTIDOS**

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.

05

**EXCLUSÕES DE
COBERTURAS**

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

09

**DOENÇAS E LESÕES
PREEXISTENTES
(DLP)**

Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

12

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.	11
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.	16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	11
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	21
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.	18
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.	

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



Operadora: Unimed Vitória
CNPJ: 27.578.434/0001-20
Nº de registro na ANS: 357391
Site: <http://www.unimedvitoria.com.br>
Tel.: (27) 3134-5000

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES		PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver pre
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela e necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.

possu participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa visão no contrato.

Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É 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.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

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

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



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

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