



PROPOSTA DE ADMISSÃO - PESSOA FÍSICA - FOLHA 01

Cód. de Digitalização

Vencimento
20

Codigo da Família		
Unimed	Empresa	Família
179		

I. Dados do Responsável Contratante									
Nome: MARCELO DE SOUZA GONCALVES								Nº Registro(setor contratos)	
CPF: 114.707.927-70	RG: 210043014	Data Expedição: 30/07/2010	Órgão Expedidor: DETRAN	EC: S	Sexo: M	Data de Nascimento: 24/07/1987	Pis/Pasep ou CNS	Não Possui <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe: REGINA CELIA DE SOUZA GONCALVES						SEXO(S): Masculino (M) Feminino (F) ESTADO CIVIL (EC): Casada (C) Solteiro (S) Divorciado (D) Viúvo (V)			

II. Endereço do Responsável									
CEP: 27.275-450	Endereço: RUA PINHEIRAL						Nº: 235		
Bairro: JARDIM CIDADE DO ACO	Complemento:	Cidade: VOLTA REDONDA	UF: RJ	Telefone residencial:			Telefone Celular: 24 981089669		
E-Mail: marcelo.eel@gmail.com									

III. Dados do Plano Contratado					Legenda				
Tipo de Plano: REGIONAL FLEX I					Opcionais: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
GP: Grau de Parentesco: Dependentes: Esposa (01) Companheiro(a) / Conjugue (03) Marido (09) Filhos (10 a 29) Filhas (30 a 49) Agregados: Pai (50) Mãe (51) Sogro (52) Sogra (53) Irmãos (80 a 84) Irmãs (85 a 89) Outros Parentes(60 a 69)									

IV. Dados do Titular									
GP: 00	Nome: BENICIO MIRANDA GONCALVES						Nº Registro(setor contratos)		
CPF: 221.090.657-10	RG:	Data Expedição	Órgão Expedidor	EC: S	Sexo: M	Data de Nascimento: 29/03/2020	Nº do PIS/PASEP ou CNS: 700404714762150	Não Possui <input type="checkbox"/>	
Acomodação: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		Carência: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Isento		Valor Mensalidade: R\$ 232,62		Taxa Inscrição: R\$			
Nome da mãe: STEPHANIE MIRANDA DA SILVA							Registro ANS		
CEP	Endereço: O MESMO						Nº		
Bairro	Complemento	Cidade	UF	Telefone residencial			Telefone Celular		
E-Mail									

V. Dados dos Dependentes									
GP	Nome						Nº Registro(setor contratos)		
CPF:	RG:	Data Expedição:	Órgão Expedidor:	EC:	Sexo:	Data de Nascimento: / /	Nº do PIS/PASEP ou CNS:	Não Possui <input type="checkbox"/>	
Acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		Carência: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Isento		Valor Mensalidade: R\$		Taxa Inscrição: R\$			
Nome da mãe:							Registro ANS:		
CEP	Endereço:						Nº		
Bairro	Complemento	Cidade	UF	Telefone residencial			Telefone Celular		
E-Mail									

GP	Nome						Nº Registro(setor contratos)		
CPF	RG	Data Expedição	Órgão Expedidor	EC	Sexo	Data de Nascimento: / /	Nº do PIS/PASEP ou CNS	Não Possui <input type="checkbox"/>	
Acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		Carência: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Isento		Valor Mensalidade: R\$		Taxa Inscrição: R\$			
Nome da mãe							Registro ANS		
CEP	Endereço:						Nº		
Bairro	Complemento	Cidade	UF	Telefone residencial			Telefone Celular		
E-Mail									

GP	Nome						Nº Registro(setor contratos)		
CPF	RG	Data Expedição	Órgão Expedidor	EC	Sexo	Data de Nascimento: / /	Nº do PIS/PASEP ou CNS	Não Possui <input type="checkbox"/>	
Acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		Carência: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Isento		Valor Mensalidade: R\$		Taxa Inscrição: R\$			
Nome da mãe							Registro ANS		
CEP	Endereço:						Nº		
Bairro	Complemento	Cidade	UF	Telefone residencial			Telefone Celular		
E-Mail									

GP	Nome						Nº Registro(setor contratos)		
CPF	RG	Data Expedição	Órgão Expedidor	EC	Sexo	Data de Nascimento: / /	Nº do PIS/PASEP ou CNS	Não Possui <input type="checkbox"/>	
Acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		Carência: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Isento		Valor Mensalidade: R\$		Taxa Inscrição: R\$			
Nome da mãe							Registro ANS		
CEP	Endereço:						Nº		
Bairro	Complemento	Cidade	UF	Telefone residencial			Telefone Celular		
E-Mail									

ANS - Nº36458.4

PROPOSTA DE ADMISSÃO - PESSOA FÍSICA - FOLHA 02

VI. Observações

Reajuste por faixa etária conforme contrato e reajuste anual em: ABRIL

Carência:

☒ Normal

☐ Parcial

☐ Parcial, por aproveitamento da operadora:

Isenção de carência, exceto para: órtese, prótese, transplante e implante de

córnea e rins, tratamento de dependência química, internação psiquiátrica, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cirurgia refrativa, parto e doenças e lesões pré existente.

☐ Isento

VII. Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Para as Doenças e Lesões Pré-existentes citadas na Declaração de Saúde, carência de 24 meses para procedimentos de alta complexidade, leito de alta tecnologia e internação cirúrgica, conforme parecer médico.

VIII. Declarações de Ciência

Em vista da contratação proposta declaro o seguinte:

1. Declaro que a UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, apresentou como opção de contratação o plano de segmentação assistencial Referência (artigo 10, da Lei 9656/98) Registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 438884/02-4.

2. E que, pelo contrato, estou obrigado a declarar por mim, meus dependentes e agregados, se for a hipótese, saber ser(em) portador ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

3. Ter ciência que a Unimed de Volta Redonda poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar, com o objetivo de esclarecer dúvidas originadas no processo de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde.

4. Ter recebido informações completas e suficientes para minha perfeita compreensão do Contrato de Assistência Médica e Hospitalar de Diagnóstico e Terapia, que hora firmo com a Unimed Volta Redonda, entre outras e especialmente sobre:

- a) coberturas e exclusões;
- b) períodos de carência;
- c) procedimentos a adotar para obter eficiência nos atendimentos;
- d) abrangência geográfica da cobertura dos produtos;
- e) critérios de reajuste a serem aplicados à mensalidade, a coparticipação e opcionais fixadas.
- f) co-participação nas despesas;
- g) condições em que me serão prestados os atendimentos a que tenho direito;
- h) cartão identificação.

5. Estar ciente que o guia médico da rede credenciada contratada, definida pelo tipo de plano contratado e suas atualizações estão disponíveis no portal da Unimed Volta Redonda - www.unimedvr.com.br, assim como o manual do cliente que também se encontra disponível para leitura no portal.

6. Que recebi guia médico impresso, guia de leitura contratual, manual de orientação ao beneficiário, anexo I de definições e uma via do contrato registrado conforme informações na tabela de preço em anexo.

Recibo da 1ª Mensalidade

Condicionalmente à vigência do contrato, recebi do Sr(a) MARCELO DE SOUZA GONCALVES

a importância de R\$ 232,62 (Duzentos e trinta e dois reais e sessenta e dois centavos

), correspondente ao total dos valores da mensalidade do plano de saúde aqui contratado.

Volta Redonda, 16 de abril de 2020.

X

Assinatura Digital


Assinatura do contratante

Unimed Volta Redonda
Michele Feijó
Coordenadora de Negócios
(24)99207-1829/99311-6637-Whatsapp
michele.feijo@unimedvr.com.br

Assinatura do Representante da Unimed Volta Redonda

Código

ANS - Nº36458.4

ERRATA DE DADOS CADASTRAIS			
		ASSINATURA RETIFICADOR	DATA RETIFICAÇÃO
GP:	Nome:		
		CPF / CNPJ:	
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data Nascimento:	PIS:	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da Mãe:

GP:	Nome:		
		CPF / CNPJ:	
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data Nascimento:	PIS:	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da Mãe:

GP:	Nome:		
		CPF / CNPJ:	
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data Nascimento:	PIS:	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da Mãe:

GP:	Nome:		
		CPF / CNPJ:	
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data Nascimento:	PIS:	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da Mãe:

Endereço:	
<p>Havendo qualquer divergência de informação entre proposta e documento cadastral, autorizo previamente a devida retificação em relação aos meus dados cadastrais e de meus dependentes/agregados, para continuidade do processo de inclusão no plano de saúde.</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> X Assinatura Digital Volta Redonda, 16 de ABRIL de 2020.</p>	
Assinatura (Igual à do documento de identificação apresentado na contratação do plano):	
Assinatura e Carimbo Representante Unimed:	

**ANEXO AO CONTRATO Nº 466.402/12-7
PESSOA FÍSICA**

REGIONAL FLEX I - PARTICIPATIVO

**TABELA DE PREÇOS E REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA
PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR COM OBSTETRÍCIA**

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		% REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA
	INDIVIDUAL	FAMILIAR (2 VIDAS)	
00 - 18 anos	R\$ 232,62	R\$ 211,47	0,00%
19 - 23 anos	R\$ 286,11	R\$ 260,10	23,00%
24 - 28 anos	R\$ 340,48	R\$ 309,53	19,00%
29 - 33 anos	R\$ 364,99	R\$ 331,81	7,20%
34 - 38 anos	R\$ 378,49	R\$ 344,08	3,70%
39 - 43 anos	R\$ 440,18	R\$ 400,16	16,30%
44 - 48 anos	R\$ 572,22	R\$ 520,20	30,00%
49 - 53 anos	R\$ 743,90	R\$ 676,27	30,00%
54 - 58 anos	R\$ 1.023,59	R\$ 930,54	37,60%
59 ou mais	R\$ 1.384,93	R\$ 1.259,03	35,30%

PARTICIPAÇÃO PRODUTO	FLEX I
Consulta Eletiva	R\$ 20,00
Consulta PA	R\$ 30,00
Exames 1	R\$ 4,00
Exames 2	R\$ 45,00
Internação	R\$ 100,00

Declaro que recebi uma via do contrato registrado no cartório do 1º Ofício de Volta Redonda, fl. 222-234 do LV. B-443 sob o nº 58104 juntamente com o Anexo I - Definições, Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação ao Beneficiário.

VOLTA REDONDA, 16 DE ABRIL DE 2020.

X Assinatura Digital

USUÁRIO CONTRATANTE

Unimed Volta Redonda
Michele Fajardo
Consultora em Negócios
(24)99207-1929/99311-6637-Whatsapp
michele.fajardo@unimedvr.com.br

CONTRATADA

Vigência Setembro/2018

www.unimedvr.com.br
Rodovia dos Metalúrgicos, 2500
27258-000 Jardim Belvedere, Volta Redonda - RJ
UnimedAtende: Tel.: (24) 2102-7000
SAC: 0800-9709039 - CEP 27259.000

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



ANS - Nº 36458-4

ANEXO I - DEFINIÇÕES

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

BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, e seus respectivos dependentes e eventuais agregados, se sua inclusão for permitida no contrato.

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto habitual de casa para o trabalho ou do trabalho para casa, tal qual definido em legislação própria e por regras do Ministério do Trabalho.

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: é a autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada e regulada pela Lei nº. 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde oferecido ao usuário como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: é o limite territorial onde serão prestados os serviços, conforme rede CREDENCIADA formada por prestadores próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de contratação direta ou indireta, conforme registro enviado à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ou ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL): é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação ambulatorial.

ATENDIMENTO HOSPITALAR (ou ASSISTÊNCIA HOSPITALAR): é aquele prestado em ambiente hospitalar decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, demandem a utilização de estrutura hospitalar e/ou a internação do usuário, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação hospitalar e obstétrica.

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
CEP 27258-000



CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico especial com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir do início de adesão de cada BENEFICIÁRIO, durante o qual o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua inclusão no plano de saúde.

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

IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este instrumento são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, inclusive suas atualizações.

CIRURGIAS ESTÉTICAS: é a cirurgia plástica de natureza não reparadora, realizada, com qualquer outra finalidade que não a restauração de funções em órgãos, membros e regiões e que não estejam causando problemas funcionais ao usuário.

CIRURGIAS REPARADORAS: é a cirurgia objetivando a restauração de funções em órgãos, membros e regiões, bem como a cirurgia reparadora, a cirurgia para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade, cujo pagamento será efetuado pelo beneficiário diretamente à CONTRATADA.

COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o usuário tem direito.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses a contar da contratação, da cobertura de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente de que saiba o usuário ser portador no ato da contratação.

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
 CEP 27258-000



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

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

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: é o somatório das obrigações financeiras devidas pelo Contratante à Contratada, tais como, valores de mensalidade, de co-participação, se houver, e encargos assumidos, nos termos do contrato.

CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica. O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical. A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada.

CUSTO OPERACIONAL: quando a CONTRATADA repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

CONTRATO INDIVIDUAL: é aquele oferecido para livre adesão de usuários pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

CONTRATO FAMILIAR: é aquele em que é facultado ao CONTRATANTE, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro, isto é na forma da Lei.

DESPESAS ASSISTENCIAIS: São as despesas decorrentes de patologias de cobertura obrigatória, listadas no Rol de Procedimentos, que são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme definido neste Contrato.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ou DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE): é o registro de informações prestadas pelo CONTRATANTE sobre as doenças ou lesões que o mesmo saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes de seu contrato, feito em formulário elaborado pela

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
 CEP 27258-000



CONTRATADA;

DOCUMENTO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) sendo também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

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

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

DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intra-uterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento, na data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este instrumento.

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

EXAMES/PROCEDIMENTOS BÁSICOS: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da assistência ambulatorial e por isso são considerados exames/procedimentos básicos, tais como:

RX Simples;

Eletrocardiograma;

Mamografia convencional;

Exames oftalmológicos simples (tonometria, campimetria, retinografia, paquimetria);

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
 CEP 27258-000



Análises clínicas simples (hemograma, lipidiograma, pesquisa/dosagem de glicose, ureia).

EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS OU DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação hospitalar e/ou procedimentos de alta complexidade, por isso denominados especiais, tais como:

Angiografia;

Arteriografia;

Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e

Mapeamento cerebral;

Ultrassonografia;

Tomografia computadorizada;

Ressonância nuclear magnética;

Medicina nuclear;

Densitometria óssea;

Laparoscopia diagnóstica;

Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;

Eletrocardiografia dinâmica (holter);

Monitorização ambulatorial de pressão arterial;

Litotripsia;

Radiologia com contraste e intervencionista;

Cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada;

Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica;

Endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial;

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
CEP 27258-000

Eletromiografia;

Eletroneuromiografia;

Quimioterapia;

Radioterapia.

EXAMES e PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS da SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação obstétrica, por isso denominados específicos, tais como:

Eletrocardiograma fetal;

Transfusão fetal intra-uterina;

Rotina do líquido amniótico-amniograma (citológico espectrofotometria, creatinina e teste de clements);

Alfa-feto-proteína;

Espectrofotometria;

Fosfolípidios (relação lecitina/esfingomielina);

Amniocentese;

Ultra-sonografia obstétrica (qualquer tipo);

Biópsia do vilo corial;

Perfil biofísico do feto;

Tocardiografia intraparto;

Cerclagem do colo uterino;

Curetagem pós aborto; e

Dopplerfluxometria.

GUIA MÉDICO (ou GUIA DE SERVIÇOS MÉDICOS): é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

HOSPITAL DIA: é o termo utilizado dentro da rede hospitalar conveniada à UNIMED, para expressar que a internação se fará com permanência em período diurno (até 12 horas), sem pernoite. Comumente também são empregados os termos "Day Clinic" ou "Day Hospital" para expressar a mesma coisa, qual seja, internação de curta duração em período diurno, respeitada a cobertura contratada;

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros. Correspondem aos hospitais que utilizam tabelas diferentes das praticadas pela CONTRATADA e demais cooperativas do Sistema Nacional Unimed, para remuneração dos serviços médicos e hospitalares.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o ingresso do BENEFICIÁRIO em um dos hospitais da rede credenciada, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento de complexidade maior que os atendimentos prestados ambulatorialmente.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Nacional UNIMED.

MENSALIDADE: é o valor pecuniário relativo a cada BENEFICIÁRIO, a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato.

OBESIDADE MÓRBIDA (OM): Conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde ocorre quando o índice de massa corporal (IMC) for igual ou maior que 40, sendo que este índice é definido pela relação entre o peso do usuário em kg dividido pela altura, em metros, elevado ao quadrado. Assim: OM = Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 40, sendo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA}^2}$$

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

PARTO A TERMO: é o parto de evolução e tempo de gestação normal (de 37 a 41 semanas e 06 dias).

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
 CEP 27258-000



PATROCÍNIO: O contrato coletivo COM PATROCÍNIO é aquele em que a contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente, paga pela CONTRATANTE (pessoa jurídica). O contrato coletivo SEM PATROCÍNIO é aquele em que a contraprestação pecuniária é integralmente paga pelos beneficiários diretamente à CONTRATADA.

PLANO: é a opção de coberturas adquiridas pelo CONTRATANTE.

PLANO REFERÊNCIA: plano de saúde instituído pelo artigo décimo da lei n.º 9656/98 (publicada no DOU de 04.06.98), de oferecimento obrigatório por parte das operadoras de planos de saúde, que engloba atendimentos nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, em enfermaria, com condições especiais para os atendimentos de urgência e emergência.

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

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): São aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à data do evento, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela CONTRATADA.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento validado pela CONTRATADA, preenchido pela CONTRATADA seguindo informações passadas pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato e confirma a intenção do CONTRATANTE de aderir ao presente contrato.

PRÓTESES: peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

RECURSOS PRÓPRIOS ou REDE PRÓPRIA: a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA; b) médica: constituída por profissional assalariado ou cooperado da CONTRATADA.

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
 CEP 27258-000



ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos mínimos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial s/ obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, ambulatorial/hospitalar c/ obstetrícia local e ambulatorial/hospitalar c/ obstetrícia nacional- plano referência).

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, interligadas através de Manual de Intercâmbio, para a prestação de serviços aos BENEFICIÁRIOS, sendo que as UNIMED's são independentes entre si, não havendo qualquer vinculação ou subordinação entre as mesmas.

TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos): é uma lista de procedimentos, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, com a finalidade única de viabilizar o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos cooperados, filiada a uma das duas confederações existentes no SISTEMA UNIMED: UNIMED do Brasil ou Aliança Cooperativista Nacional UNIMED.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, conforme conceito legal trazido pela Lei 9656/98.

USUÁRIO: é a pessoa física inscrita junto à CONTRATADA que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, ou de seus respectivos dependentes.

USUÁRIO TITULAR: é a pessoa física, inscrita e indicada pelo Contratante na proposta de admissão, incluída pela Contratada e que usufruirá os serviços ora pactuados.

X Assinatura Digital

Unimed Volta Redonda

Rodovia dos Metalúrgicos, 2500, Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ
UnimedAtende (24) 2102-7000 / SAC 0800-9709039
 CEP 27258-000



Termo de Ciência

Validação da Declaração de Saúde

Declaro para os devidos fins, que devido as orientações emanadas da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e decisões do Governo do estado do Rio de Janeiro em virtude do CORONA VÍRUS, estou ciente que em momento oportuno serei contatado para a agendar a validação da declaração de saúde, assim como a troca do cartão magnético provisório.

Estou ciente também que quando do referido agendamento devo levar todos os documentos que possuo referente a contratação do plano de saúde para que possam ser ratificados.

Volta Redonda, 16 de ABRIL de 2020.

☒ Assinatura Digital

CONTRATANTE

CPF: 114.707.927-70

Unimed Volta Redonda
Michele Felício
Consultora de Negócios
(24)99207-1929/99111-6637-Whatsapp
michele.felicio@unimedvr.com.br

CONTRATADA

Unimed Volta Redonda



www.unimedvr.com.br
Rodovia dos Metalúrgicos, 2500
27258-000 Jardim Belvedere, Volta Redonda - RJ
UnimedAtende: Tel.: (24) 2102-7000



ANS - Nº36458-4