

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano individual / familiar

ÍNDICE

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	3
2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE.....	3
3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	3
4. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	3
5. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	3
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	3
7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	3
8. ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	4
9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
10. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	6
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	7
12. DURAÇÃO DO CONTRATO.....	9
13. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	9
14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	10
15. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	12
16. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	15
17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	15
18. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADES.....	19
19. REAJUSTE.....	20
20. FAIXAS ETÁRIAS	20
21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	21
22. RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	21
23. PROTEÇÃO DE DADOS.....	22
24. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	23
25. ELEIÇÃO DE FORO.....	26
GLOSSÁRIO	27



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., CNPJ 05.868.278/0001-07, Registro ANS N°. 31.714-4, classificada na modalidade cooperativa médica, com sede na Av. Santos Dumont, 949, em Fortaleza (CE), CEP: 60.150-160, na qualidade de mandatária dos seus médicos cooperados, conforme disposições estatutárias e da Lei nº 5.764/71 que será considerada **CONTRATADA** para efeito desse contrato.

2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

2.1 Será considerado CONTRATANTE o BENEFICIÁRIO TITULAR ou o RESPONSÁVEL FINANCEIRO **constante na proposta de adesão** e nela qualificado que integra este contrato e que deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo mesmo. Na existência do BENEFICIÁRIO TITULAR e do RESPONSÁVEL FINANCEIRO, conforme a proposta de adesão, será considerado como CONTRATANTE apenas o RESPONSÁVEL FINANCEIRO.

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 A CONTRATANTE adere aos planos indicados na proposta de adesão, parte integrante deste contrato, observando rigorosamente os serviços médicos ofertados, a rede credenciada específica da CONTRATADA constante do Guia Médico do respectivo plano e a formação de preço e os serviços e coberturas explícitos nas cláusulas deste contrato.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

4.1 O tipo de contratação do presente Contrato é **INDIVIDUAL OU FAMILIAR**, entendendo-se por isso o contrato oferecido no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar.

5. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 A segmentação assistencial para esse contrato abrange Atendimentos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde por esta editado.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 A CONTRATADA compromete-se a prestar os serviços compreendidos pelo presente instrumento nas respectivas áreas geográficas descritas na proposta de adesão, que é parte integrante do presente contrato, conforme o(s) plano(s) contratado(s), respeitadas as disposições e limitações contratuais.

7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

7.1 De acordo com o plano contratado conforme proposta de adesão, parte integrante deste contrato, serão oferecidas as seguintes possibilidades de acomodação:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



7.1.1 Enfermaria: acomodação coletiva na rede credenciada respectiva constante no **Guia Médico** do plano contratado.

7.1.2 Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados é assegurado ao BENEFICIÁRIO o acesso à acomodação superior sem qualquer ônus adicional, conforme previsto no art. 33, da Lei 9.656/98.

7.1.3 Apartamento: acomodação individual e direito a acompanhante na rede credenciada respectiva constante no **Guia Médico** do plano contratado, de acordo com o estipulado neste contrato.

7.1.4 Caso a CONTRATANTE, por seus BENEFICIÁRIOS Titulares e Dependentes, deseje mudar para um plano de padrão superior de acomodação e/ou rede de atendimento ao contratado, deverá previamente negociar a alteração contratual com a CONTRATADA, devendo o(s) beneficiário(s) solicitante(s) permanecer(em) nesta acomodação superior por um período mínimo de 12 (doze) meses.

8. ATRIBUTOS DO CONTRATO

8.1 A CONTRATADA pactua, por meio do presente instrumento, com o CONTRATANTE e com seu(s) dependente(s), se houver, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde, visando a assistência médica hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, por intermédio dos profissionais médicos e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, próprios e/ou credenciados da CONTRATADA nos termos das cláusulas e condições ora pactuadas.

8.2 O presente Contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro e o Código de Defesa do Consumidor.

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1 O acesso de cada beneficiário ao(s) Plano(s) de Assistência Médica Hospitalar ora estipulado está condicionado, inicialmente, a entrevista qualificada obrigatória com o preenchimento da Declaração de Saúde. Para o início da vigência contratual será necessário que o CONTRATANTE manifeste sua concordância, através da aposição de sua assinatura na Proposta de Adesão, parte integrante deste contrato, reconhecendo as cláusulas e condições deste contrato, em especial aos itens restritivos de seus direitos.

9.2 O CONTRATANTE poderá, caso tenha interesse, assumir a condição de BENEFICIÁRIO TITULAR, com direito aos benefícios do plano ou figurar apenas como RESPONSÁVEL FINANCEIRO, e nesse caso, sem gozo das coberturas contratuais pactuadas, ciente de que somente os beneficiários vinculados ao contrato poderão requerer alterações contratuais, inclusive no que pertine ao cancelamento do contrato.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



9.3 O BENEFICIÁRIO TITULAR poderá apresentar exclusivamente como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, aqueles que mantenham com ele (BENEFICIÁRIO TITULAR), uma das seguintes relações:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), desde que comprove esta condição legalmente e de forma atualizada, vedada a concorrência entre eles;
- b) Filhos(as), tutelados(as), netos(as), genros, noras, enteados(as), cunhados(as), sobrinhos(as), irmãos(as), até, no máximo, 38 (trinta e oito) anos de idade, com a devida apresentação das carteira(s) de identidade, certidão de nascimento e/ou casamento;
- c) Filhos(as) com invalidez permanente, mediante comprovação de órgão oficial.

9.4 O BENEFICIÁRIO TITULAR que não incluir o DEPENDENTE no contrato na data de sua assinatura poderá pleitear o seu ingresso a qualquer tempo, mediante pedido escrito endereçado a CONTRATADA, submetendo-se a todas as exigências da inclusão, inclusive a perícia médica (exame pré-admissional), e ao cumprimento das carências e exclusões previstas no contrato.

9.5 Para a cobertura obstétrica no plano do BENEFICIÁRIO fica assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo deste, na condição de dependente, isento do cumprimento de carências, alegações de DLP ou aplicação de CPT, desde que cumprida no plano do BENEFICIÁRIO a carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo e a inscrição seja efetuada por escrito até 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, guarda ou tutela ou paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente. Transcorrido este prazo o dependente cumprirá os prazos de carência previstos neste contrato.

9.6 O CONTRATANTE poderá incluir, na condição de dependente, o(a) filho(a) adotivo(a) menor de doze anos de idade do BENEFICIÁRIO, com o aproveitamento de carências já cumpridas por este.

9.7 Firmado o presente instrumento, a CONTRATANTE poderá incluir posteriormente novos dependentes, sujeitos as disposições e aos prazos de carência e CPT previstos neste contrato e normativos em vigor.

9.8 A CONTRATADA, às suas expensas, reserva-se o direito de convocar e encaminhar para exame médico o BENEFICIÁRIO (titular ou dependente), que apresentar um índice de utilização dos recursos disponíveis na área de terapia e diagnose acima das expectativas normalmente observadas na rotina médica.

9.9 Os direitos e/ou obrigações contratuais do BENEFICIÁRIO DEPENDENTE são acessórios aos do BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO (CONTRATANTE). Caso o BENEFICIÁRIO TITULAR se desvincule do presente contrato, fica assegurado aos DEPENDENTES já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção das obrigações decorrentes, desde que haja manifestação dos mesmos no prazo de até 30 (trinta) dias da desvinculação.

9.10 A CONTRATADA terá até o início da vigência contratual, para manifestar a necessidade da Cobertura Parcial Temporária (CPT) para o ingresso do BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou DEPENDENTES. Caso não haja manifestação da CONTRATADA, após este período a inclusão estará formalizada.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



9.11 Deverão ser observadas as condições de exigência de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT em cláusula específica deste contrato.

9.12 Para todos que aderirem ao contrato, será obrigatório o fornecimento de cópia do CPF, documento de identidade, do comprovante de endereço residencial atualizado de cada BENEFICIÁRIO, além dos abaixo listados, quando necessário:

- a) Cônjuge: certidão de casamento;
- b) Companheira(o): escritura pública de união estável ou outros documentos que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável;
- c) Filhos com até 38 (trinta e oito) anos completos: Certidão de Nascimento ou documento de identidade;
- d) Filhos adotivos: Termo de Adoção ou Termo Judicial de Guarda Provisória;
- e) Menor sob Tutela: Termo de Guarda Judicial;
- f) Neto(a)s, genros, noras, enteados(as), sobrinhos(as), irmãos(ãs) e cunhado(a)s: Documentos oficiais aptos a comprovar o grau de parentesco.

10. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências, segmentação, abrangência, condições e rede credenciada previamente estabelecidos para o plano contratado, relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de Alta Complexidade – PAC, observando-se as Diretrizes Clínicas e de Utilização, Resoluções Normativas, dentre outros normativos e Anexos da ANS vigentes à época do evento.

10.2 Havendo alteração no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o presente Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente à época do evento.

10.3 A CONTRATADA poderá, por intermédio de seus médicos auditores, conforme previsto na Resolução nº 1.614/2001 do Conselho Federal de Medicina, solicitar do médico assistente esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

10.4 O plano contratado terá cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, conforme e desde que nas condições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

10.5 A participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

10.6 O atendimento de acordo com a **segmentação e da área de abrangência** estabelecida para o plano contratado junto da rede própria ou credenciada da CONTRATADA está assegurado independentemente do local de origem do evento.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1 Ficam expressamente excluídos da cobertura assistencial deste contrato os serviços e/ou procedimentos abaixo relacionados, salvo se estes estiverem previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, seus anexos e normativos em vigor à época do evento:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que: a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou não regularizados no país; b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; c) não possuem as indicações descritas na bula ou no manual registrado na ANVISA (uso off label);

- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados e/ou sem registro na ANVISA;

- Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar (home care);

- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;

- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- Atendimento em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, SPAs, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos em internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- Consultas domiciliares;

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



- Aviamento de óculos e lentes de qualquer natureza;
- Remoção de pacientes fora da área geográfica de abrangência do plano contratado;
- Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do BENEFICIÁRIO, sem imperativo de ordem médica;
- Transplantes, exceto rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados como tratamento de complicações, mas como parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATANTE;
- Permanência hospitalar após a alta médica ou hospitalar;
- Medicamentos de uso domiciliar, ou seja, medicamentos prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- Despesas extraordinárias do beneficiário e/ou de acompanhante, em casos de internação hospitalar, como telefone, frigobar, petiscos, biscoitos, refrigerantes, bebidas alcoólicas, doces, artigos de toalete, jornais, revistas, estacionamento, etc.;
- Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicoterapia, acima do número de sessões previstas na regulamentação da ANS;
- Cirurgia de miopia ou astigmatismo fora da previsão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- Cirurgias para mudança de sexo;
- Cirurgia plástica mamária, exceto nos casos lesões traumáticas e/ou tumores e desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciadas a CONTRATADA, à exceção dos atendimentos

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato e na legislação em vigor;

- Tratamentos, exames e/ou cirurgias em hospitais de alto custo, conforme especificado no glossário, que integra o presente, não credenciados pela CONTRATADA;

- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;

- Serviços, exames e tratamentos não previstos no Rol de Procedimentos aprovado pela ANS, e suas atualizações.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1 O presente Contrato de Plano Individual/Familiar terá a duração mínima de 12 (doze) meses e vigência a partir assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, de modo que não se prolonguem os períodos de carência.

12.2 Terminada a primeira vigência e não havendo manifestação da CONTRATANTE com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, este contrato será automaticamente renovado por período indeterminado, não incidindo cobrança de taxas no ato da renovação contratual.

13. PERÍODOS DE CARÊNCIA

13.1 Para o atendimento contratualmente previsto, deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carências, que serão contados a partir da data de assinatura do contrato, da Proposta de Adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro:

PRAZO PARA AQUISIÇÃO DO DIREITO DE USO	ASSISTÊNCIAS MÉDICO-HOSPITALAR COBERTAS
24 horas	Pronto-atendimento nos casos de urgência e/ou emergência, exclusivamente nas primeiras 12 horas ambulatoriais, exceto para os atendimentos decorrentes de acidente pessoal que não se submetem à aludida limitação do tempo, conforme regulamentação da ANS.
30 dias	- Consultas médicas eletivas; - Exames complementares simples (laboratoriais e radiológicos)

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



PRAZO PARA AQUISIÇÃO DO DIREITO DE USO	ASSISTÊNCIAS MÉDICO-HOSPITALAR COBERTAS
90 dias	Para os seguintes exames, tratamentos e/ou sessões: <ul style="list-style-type: none">- Ultrassonografia;- Fisioterapia;- Fonoaudiologia;- Psicoterapia;- Terapia Ocupacional;- Nutricionista;- Ecocardiografia;- Testes ergométricos;- Prova de Holter;- Cintilografia.
180 dias	<ul style="list-style-type: none">- Tomografia computadorizada;- Ressonância magnética;- Hemodinâmicas;- Diatermia;- Litotripsia;- Quimioterapia;- Radioterapia;- Diálise e hemodiálise;- Acupuntura;- Cirurgias ambulatoriais;- Internações clínicas e cirúrgicas;- Internação para transtornos psiquiátricos em situação de crise e para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência por alcoolismo ou outras formas de dependência química, inclusive tratamento em regime de hospital-dia.
300 dias	<ul style="list-style-type: none">- Parto a termo

13.2 Em caso de mudança de acomodação e/ou rede credenciada para padrão superior, haverá carência de 180 dias para a utilização dos novos serviços contratados (acomodação e/ou rede credenciada), conforme legislação em vigor.

13.3 Não se transmitirão, sob nenhuma hipótese, os prazos de carência já cumpridos por um BENEFICIÁRIO para outro, mesmo que haja dependência entre eles, exceto no caso de recém-nascido filho do TITULAR.

14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

14.1 Entende-se por Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), aquelas doenças e/ou lesões que o BENEFICIÁRIO e/ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, até o momento da contratação do plano de saúde, compreendo, também, por exemplo, cirurgias, tratamentos, uso de medicamentos contínuos, já realizados e/ou em uso, dentre outros.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



14.2 O BENEFICIÁRIO, obrigatoriamente, se submeterá a uma entrevista qualificada, **de acordo com as condições deste contrato e normativos em vigor**, cujo objetivo é orientar para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações, sob pena de, havendo recusa injustificada, não efetivar a inclusão do BENEFICIÁRIO no plano.

14.3 Caso o BENEFICIÁRIO seja portador de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT) **de acordo com as condições deste contrato**, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, e de procedimentos de alta complexidade, especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS disponível no site www.ans.gov.br, relativos a doenças e/ou lesões preexistentes pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

14.4 Ficam os BENEFICIÁRIOS obrigados, de acordo com as condições deste contrato, a informar à CONTRATADA, por ocasião da entrevista qualificada, a condição sabida de doença e/ou lesões preexistentes, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à denúncia do contrato, nos termos da legislação em vigor, sem prejuízo de demais medidas judiciais cabíveis.

14.5 Para orientar o BENEFICIÁRIO no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde, a CONTRATADA disponibilizará médicos, sem quaisquer ônus financeiros e, caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o pagamento das despesas decorrentes dessa entrevista.

14.6 A CONTRATADA poderá, **de acordo com as condições deste contrato**, comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11, da Lei 9.656/98, podendo a omissão desta informação ser caracterizada como fraude.

14.7 À CONTRATADA, caberá o ônus da prova.

14.8 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.

14.9 Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o BENEFICIÁRIO terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

14.10 Caso o BENEFICIÁRIO não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

14.11 Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

14.12 Após julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS, o BENEFICIÁRIO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



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.

14.13 Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS, exceto para aquelas já previamente declaradas ou detectadas como Doenças e/ou Lesões Preexistentes, em que o BENEFICIÁRIO estará na Cobertura Parcial Temporária.

14.14 Sendo constatada pela CONTRATADA, por perícia ou na entrevista qualificada, a existência de transtorno psiquiátrico por uso de substâncias químicas, que necessite de internação hospitalar, ligadas a leitos de tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será oferecida Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

15. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1 Entende-se por Emergência, casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

15.2 São considerados casos de Urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional sem representar risco de vida iminente.

15.3 A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção inter-hospitalar para uma unidade da rede credenciada do plano ou para o SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente credenciado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO ou pela necessidade de internação.

15.4 Nos casos de urgência e emergência, **depois de cumprido o período de carência de 24 (vinte e quatro) horas**, os BENEFICIÁRIOS poderão ser atendidos diretamente junto aos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA, na modalidade prevista neste contrato, devendo, para tanto, identificarem-se devidamente como BENEFICIÁRIOS e apresentarem a respectiva carteira de identificação do plano adquirido, **ressalvadas as condições previstas nos itens 15.5 e 15.6 a seguir.**

15.5 Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de complicações inerentes à condição gestacional, ainda estando a BENEFICIÁRIA em período de carência, mesmo que vinculado a plano sem cobertura obstétrica, será assegurado o atendimento ambulatorial, limitado as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, a cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

15.6 Quando o atendimento de urgência e emergência implicar a realização de intervenções cirúrgicas, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, no decorrer do período de carência ou da Cobertura Parcial Temporária (CPT) de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), a cobertura disponibilizada estará limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, igual àquela fixada para o plano do segmento exclusivamente ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



15.7 O atendimento de urgência, nos casos que decorram exclusivamente de **acidente pessoal**, será garantido, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

15.8 Após o cumprimento das carências previstas neste contrato, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

15.9 De acordo com a área de abrangência do plano contratado, quando o BENEFICIÁRIO estiver em trânsito no território nacional, e ocorrerem casos de urgência e emergência, o mesmo deverá procurar atendimento dentro do Sistema UNIMED, orientando-se da rede credenciada disponível da CONTRATADA naquela localidade, excetuando-se os hospitais de alto custo (tabela própria) **não credenciados pela CONTRATADA, conforme discriminativo do item 11.1**.

15.10 Garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente-credenciado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao BENEFICIÁRIO.

15.11 Garantia de remoção do BENEFICIÁRIO para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, **nos casos do BENEFICIÁRIO ainda estar cumprindo carência para o período de internação**.

15.12 Nos casos de CPT, sendo necessária a continuidade do tratamento, ou sendo necessária internação hospitalar, eventos cirúrgicos, leitos de **alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade** relacionados às doenças e lesões preexistentes, mesmo que em tempo menor que 12 (doze) horas, o BENEFICIÁRIO terá direito à remoção para uma unidade hospitalar credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO.

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

15.14 Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o BENEFICIÁRIO quando efetuado o registro na unidade SUS.

15.15 Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

15.16 Nos casos de urgência e emergência quando ficar comprovada a não possibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, conforme artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98, o BENEFICIÁRIO terá direito ao pedido de reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela CONTRATADA aos serviços prestados, tendo como base a Tabela de Reembolso da CONTRATADA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



para atribuições de valores a despesas hospitalares disponibilizada aos BENEFICIÁRIOS.

15.17 Os medicamentos serão reembolsados de acordo com a Revista Brasíndice, na rubrica “preço fábrica”, e os materiais de acordo com a tabela Unimed Fortaleza, que são os preços praticados junto à rede de atendimento da CONTRATADA. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsados pelo menor valor das cotações realizadas pela CONTRATADA, mediante apresentação da nota fiscal competente.

15.18 O valor a ser reembolsado, nos casos de urgência e emergência, será o da relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede assistencial credenciada do plano contratado.

15.19 Não são passíveis de reembolso: quaisquer procedimentos, materiais, tratamentos e demais expressamente excluídos da cobertura assistencial prevista neste contrato; despesas de procedimentos e honorários médicos advindos da utilização de Hospitais de Alto Custo (Tabela Própria) não credenciados da CONTRATADA para o(s) respectivo(s) plano(s) contratado(s) pelo CONTRATANTE; procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; alimentação de acompanhante (exceto para idosos maiores de 60 (sessenta) anos, crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente); acomodação diferente do contratado; despesas com serviços extraordinários, tais como: telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, jornais, revistas, alimentação diversa da prescrita pelo médico assistente, etc.

15.20 Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como próprio do plano hospitalar ou, como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da CONTRATADA.

15.21 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa comprobatória do atendimento, exigindo-se, no mínimo, o seguinte:

a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;

b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras) e relação dos materiais e medicamentos consumidos, com os respectivos recibos e notas fiscais;

c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;

d) Os comprovantes originais, relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o Beneficiário.

15.22 O BENEFICIÁRIO terá o prazo prescricional de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de não ter mais direito legal ao reembolso.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



16. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

16.1 Para a utilização dos serviços contratados, o BENEFICIÁRIO deverá se dirigir à rede de prestadores e estabelecimentos de saúde vinculada ao produto contratado, de acordo com as orientações e mecanismos de acesso estabelecidos neste instrumento. O contrato celebrado entre as partes **NÃO** confere ao BENEFICIÁRIO o direito de utilizar serviços de prestadores e estabelecimentos de saúde **NÃO** credenciados/referenciados/ cooperados/ próprios para posterior reembolso.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1 De acordo com a legislação em vigor, a CONTRATADA adotará os mecanismos de regulação estipulados nesta seção.

17.2 Quando da autorização e/ou pedido de internação para procedimentos de alta complexidade e/ou alto custo, a CONTRATADA se utilizará de Direcionamento ou Referenciamento ou Hierarquização de Acesso preferencialmente para sua rede própria.

17.3 A CONTRATADA poderá se utilizar do mecanismo denominado “Porta de Entrada” que consiste na avaliação e gerenciamento do encaminhamento do beneficiário por unidades de atendimento integrantes da sua rede própria para a realização de consultas, exames, terapias, internações clínicas e/ou cirúrgicas.

17.4 De acordo com o plano contratado pelo CONTRATANTE, a CONTRATADA aplicará o mecanismo de coparticipação que corresponderá a um percentual de participação financeira do CONTRATANTE especificado na proposta de adesão, que é parte integrante deste contrato, e de acordo com tabela praticada pela CONTRATADA com seus prestadores e suas atualizações, sobre as despesas geradas pelas consultas e exames. **Para o plano UNIFLEX, o CONTRATANTE poderá também optar, na referida proposta de adesão, por limitadores financeiros máximos de cobrança de coparticipação, ou seja, o valor da cobrança mensal de coparticipação para cada procedimento de forma individualizada e não sobre todos os procedimentos do mês de referência, será de até o valor definido pelo(s) limitador(es).**

17.5 Quando aplicada, conforme o plano contratado, a coparticipação será cobrada posteriormente à realização de **consultas, exames, incluídos insumos quando necessários, além das sessões de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e acupuntura e seus métodos agregados, no prazo médio de 60 (sessenta) dias**, juntamente com a fatura mensal, podendo este prazo ser ampliado nos casos de atrasos por parte dos prestadores de serviços, inclusive via sistema de Intercâmbio Unimed ou do processo de ressarcimento ao SUS. Em caso de cancelamento do plano contratado, serão apurados e cobrados pela CONTRATADA eventuais valores de coparticipação **sobre consultas, exames, incluídos insumos quando necessários, além das sessões de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e acupuntura e seus métodos agregados**, ficando a CONTRATANTE, desde já, ciente desta sua obrigação.

17.6 A coparticipação, quando aplicada, **não será cobrada** sobre valores referentes às internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias ambulatoriais, quimioterapias, radioterapias e hemodiálise, inclusive sobre consultas e exames **realizados durante a internação** do BENEFICIÁRIO.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



17.7 Para fins de atendimento a CONTRATADA disponibilizará cartão de identificação aos BENEFICIÁRIOS, podendo ser físico ou virtual, conforme sua opção, contendo as informações necessárias para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos serviços disponibilizados neste contrato, podendo ser solicitado o uso da biometria. Para atendimentos no Sistema UNIMED.

17.8 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma, não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente e no respectivo plano contratado.

17.9 Os serviços e outros atendimentos objetos da contratação serão prestados, de acordo com as regras operacionais da CONTRATADA mediante autorização prévia, somente aos BENEFICIÁRIOS inscritos e devidamente identificados, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário novo sistema operacional para melhor prestação dos serviços contratados, **não dificultando nem impedindo o atendimento nos casos caracterizados como urgência e emergência.**

17.10 A CONTRATADA disponibilizará ao CONTRATANTE, no ato da adesão a este contrato:

a) GUIA MÉDICO, que relaciona os médicos credenciados, bem como clínicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços de urgência e emergência, hospitais e laboratórios credenciados da CONTRATADA (com os respectivos endereços e telefones), dentro da área de abrangência geográfica, de acordo com o plano contratado pelo BENEFICIÁRIO, disponibilizado também na central de atendimento ao cliente (CAC), no portal (<https://www.unimedfortaleza.com.br/guia-medico>) e no APP Minha Unimed;

b) Comprovante de pagamento da primeira mensalidade;

c) Via do presente contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e, posteriormente, cartão magnético UNIMED ou cartão virtual, acompanhado do Guia de Leitura Contratual (GLC).

17.11 Cumpridos previamente os requisitos legais e contratuais, bem como a devida identificação exigida pela CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO e seu(s) dependente(s), se houver, deverá(ão) assim proceder para efetivação do atendimento objeto do presente contrato, **conforme disponibilizado no Guia Médico específico da rede de atendimento deste plano:**

a) CONSULTA: O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se ao consultório do médico/profissional cooperado/credenciado pela CONTRATADA, munido do seu cartão magnético UNIMED ou cartão virtual e documento de identidade legalmente reconhecido;

b) EXAME: O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se ao laboratório, estabelecimento de serviço radiológico ou clínica, munido da requisição de exame expedida pelo médico credenciado e, caso necessário, autorização prévia para realização do exame, cartão magnético UNIMED ou cartão virtual e documento de identidade legalmente reconhecido;

c) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: O BENEFICIÁRIO deverá dirigir-se ao estabelecimento dentre os próprios/credenciados da CONTRATADA para este plano, munido, caso necessário, de autorização prévia, do seu cartão magnético UNIMED ou cartão virtual e documento de identidade legalmente reconhecido;

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



d) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: o BENEFICIÁRIO deverá encaminhar o Pedido de Internação, devidamente preenchido pelo médico credenciado pela CONTRATADA para este plano, para as centrais de atendimento da CONTRATADA, juntamente com o seu cartão magnético UNIMED ou cartão virtual e documento de identidade legalmente reconhecido. Após a conferência dos referidos documentos, a constatação da situação regular do BENEFICIÁRIO e a entrevista/exame inicial procedido pela CONTRATADA, esta, se comprovada a necessidade, emitirá e entregará à CONTRATANTE a Guia de Internação a ser apresentada no ato de sua internação em estabelecimento credenciado da CONTRATADA. A Guia de Internação será fornecida por período limitado, prorrogável mediante justificativa escrita do médico assistente;

e) Nos casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá ser internado em estabelecimento hospitalar credenciado da CONTRATADA **para o plano contratado e respeitada sua área de abrangência**, munido do seu cartão magnético UNIMED ou cartão virtual e documento de identidade legalmente reconhecido e documento de identidade legalmente reconhecido. O hospital deverá encaminhar o Pedido de Internação, devidamente preenchido pelo médico, para a central de atendimento da CONTRATADA.

17.12 ATENDIMENTO COM CARTÃO MAGNÉTICO E/OU SISTEMA ELETRÔNICO: A CONTRATADA utilizará sistemas eletrônicos ou automatizados para atendimento do CONTRATANTE, caso em que os registros e documentos gerados por tais sistemas automatizados servirão como meio de identificação ou de prova das instruções recebidas ou dos serviços prestados, produzindo os mesmos efeitos legais e tendo o mesmo valor probatório dos documentos com assinatura original.

17.13 SERVIÇO DE INFORMAÇÕES AO BENEFICIÁRIO: Através deste serviço, a CONTRATADA prestará informações (por telefone ou pessoalmente) e tomará as devidas providências, buscando solucionar eventuais dúvidas com o presente contrato.

17.14 BENEFICIÁRIO EM TRÂNSITO: O BENEFICIÁRIO em trânsito em cidade brasileira, onde exista cooperativa médica do Sistema UNIMED em funcionamento, terá direito ao atendimento contratual de acordo com as condições do plano contratado, **inclusive a área de abrangência**, devendo para tanto se utilizar da rede credenciada da CONTRATADA, excetuando-se os hospitais de alto custo não credenciados da CONTRATADA.

17.15 A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

17.16 Os BENEFICIÁRIOS terão direito a tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou por cirurgião dentista, em impresso apropriado, mediante autorização prévia, que será obtida na sede ou escritórios regionais da CONTRATADA, no horário comercial e serão realizados nos consultórios, clínicas e hospitais credenciados pela CONTRATADA.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



17.17 Para a utilização dos serviços disponibilizados por meio do presente contrato, estando o BENEFICIÁRIO fora da área de abrangência territorial da CONTRATADA, será solicitada autorização prévia, por meio da Unimed do local em que se encontre o BENEFICIÁRIO, através do sistema de intercâmbio Unimed.

17.18 A responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste contrato, ficando sob a responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

17.19 Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo BENEFICIÁRIO, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, a CONTRATADA se reserva ao direito, através de seu corpo de médicos auditores, de solicitar documentos, bem como, quando entender necessário, submeter o referido BENEFICIÁRIO a avaliação prévia, que observará os prazos das normas vigentes.

17.20 Nas hipóteses de urgência ou emergência, desde que cumpridas as carências, o BENEFICIÁRIO terá o direito a internação imediata na rede credenciada da CONTRATADA, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela CONTRATADA, até 02 (dois) dias úteis seguintes ao da hospitalização, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

17.21 Quando houver necessidade de internação, esta se fará somente nos hospitais credenciados pela CONTRATADA, ou disponibilizados pela CONTRATADA no local onde se dê o atendimento, segundo a cobertura disponibilizada neste contrato, após pertinente comunicação, avaliação e análise para expressa autorização ou não dos procedimentos pela CONTRATADA.

17.22 A CONTRATADA se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, na medida dos limites da cobertura contratada. Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente com o médico ou outro prestador, por mera liberalidade do BENEFICIÁRIO, e que tenha sido formulado fora da cobertura contratual, será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

17.23 A CONTRATADA poderá efetuar a substituição da entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e a ANS, com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

17.24 Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do BENEFICIÁRIO para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência.

17.25 Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



17.26 Para o plano INTERPLANO LESTE, os atendimentos eletivos na área de abrangência geográfica da cidade de Fortaleza serão prestados dentro da rede credenciada previamente indicada no Guia Médico atualizado do mesmo.

18. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADES

18.1 Os BENEFICIÁRIOS abrangidos por este contrato pagarão um valor mensal, pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os custos dos serviços disponibilizados aos beneficiários, planilha de custos, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos excluídos, os prazos de carência, os limites de coberturas asseguradas no ato da contratação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico e demais parâmetros atuariais, respeitadas as diversas faixas etárias e sua proporção no preço global.

18.2 O CONTRATANTE ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO/BENEFICIÁRIO TITULAR, se obriga a pagar mensal e pontualmente à CONTRATADA, por si e, se houver, por cada um de seus dependentes inscritos neste contrato, os valores especificados na Proposta de Adesão deste contrato (que são os vigentes na data de início da vigência contratual), conforme a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO, com os reajustes anuais, bem como o valor da coparticipação se houver.

18.3 A CONTRATADA enviará ao CONTRATANTE, no endereço por ele fornecido, fatura ou outro documento de cobrança para pagamento mensal na data por ele estipulada. **O não recebimento pelo CONTRATANTE da fatura ou documento de cobrança, seja por meio físico ou eletrônico, ou da não efetivação do débito em conta ou consignação em folha de pagamento, conforme for a forma de pagamento escolhida pelo CONTRATANTE, não o eximirá de pagar pontualmente sua mensalidade, a ele cabendo contatar prontamente a CONTRATADA para regularizar sua situação.**

18.4 O pagamento também poderá ser realizado por meio de débito em conta corrente bancária, desde que o CONTRATANTE assim preferir e indicar em Formulário próprio da CONTRATADA.

18.5 O vencimento das mensalidades será na data escolhida pelo CONTRATANTE, especificada na proposta de adesão que é parte integrante deste contrato, devendo ser observada a data de início de vigência do presente contrato para contagem de carência e para reajustes futuros.

18.6 Nenhum pagamento será reconhecido pela CONTRATADA se o seu comprovante não estiver devidamente autenticado por ela, ou por quem for designado para esse fim.

18.7 Se o CONTRATANTE não cumprir a obrigação de pagar a mensalidade e, nos casos de planos com coparticipação, o valor da coparticipação, na data de seu vencimento, **serão cobrados juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado**, podendo **ter seu plano suspenso e/ou cancelado**, e, ainda, ter seu nome inserido nos cadastros de proteção ao crédito, como também serem adotadas medidas de cobranças cabíveis.

18.8. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária para os novos beneficiários e aqueles já vinculados ao contrato, devendo ser obedecidas as respectivas diferenças de faixas etárias.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



19. REAJUSTE

19.1. Enquanto vigente a competência da Agência Nacional de Saúde – ANS para determinar o percentual máximo de reajuste anual para planos do tipo de contratação individual/familiar, fica convencionado entre as partes que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, será aplicado ao valor da mensalidade o reajuste correspondente ao percentual divulgado e autorizado pela ANS, independentemente de eventuais reenquadramentos de valores por faixa etária, conforme normas vigentes no período de aplicação do reajuste. **Referido percentual e critério de reajuste serão usados para reajustar o limitador da coparticipação, quando houver, de acordo com o plano contratado.**

19.2. Fica estabelecido que a aplicação do reajuste anual das mensalidades dos beneficiários vinculados a este instrumento sempre se dará no mês de aniversário desse contrato, independente de inclusões de dependentes em momentos posteriores à contratação.

19.3 Sempre que o BENEFICIÁRIO mudar de faixa etária haverá reenquadramento automático da mensalidade no mês subsequente ao seu aniversário, conforme tabela constante neste contrato.

19.4 Na falta de legislação específica que disponha sobre a forma de reajuste ou índice de reajuste, a mensalidade e o limitador da coparticipação, quando houver, serão reajustados, na periodicidade legal, por outra forma ou índice que reflitam os custos do setor.

19.5 Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata.

20. FAIXAS ETÁRIAS

20.1 O CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a respectiva mensalidade será reenquadrada automaticamente no mês subsequente do aniversário do respectivo beneficiário.

20.2 As faixas etárias e respectivos reenquadramentos para efeito deste contrato, obedecidos os critérios da ANS, estão dispostos na proposta de adesão, que é parte integrante do presente contrato

20.3 Os reenquadramentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de adesão que é parte integrante deste contrato, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, **e são independentes do reajuste financeiro anual.**

20.4 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



20.6 Os clientes com 60 (sessenta) anos ou mais de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1 A exclusão do TITULAR por qualquer motivo, inclusive por falecimento deste, não extingue o contrato, sendo assegurada aos dependentes já inscritos a manutenção das mesmas condições contratuais, desde que sejam assumidas todas as obrigações decorrentes deste contrato.

21.2 A separação legal ou a dissolução de união estável acarretará a perda da qualidade de dependente para os efeitos desse contrato.

21.3 O BENEFICIÁRIO que vier a perder quaisquer das condições de dependência, tais como: exclusão ou falecimento do TITULAR, atingir a idade limite, perder a condição de solteiro, de cônjuge e/ou universitário – poderá assinar contrato em seu próprio nome, no plano individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda dessa qualidade, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, nas mesmas condições de cobertura ora contratadas. Caso venha a optar por outra modalidade de contratação e/ou de acomodação superior, que venha a abranger novas coberturas deverá cumprir as carências complementares para estas novas coberturas e/ou nova acomodação, bem como arcar com novos valores de mensalidades referentes às novas coberturas/acomodação.

21.4 Firmado o presente instrumento, o CONTRATANTE poderá incluir posteriormente novos dependentes, desde que expressamente previstos no contrato, sujeitos as disposições e aos prazos de carência previstos neste instrumento.

22. RESCISÃO/SUSPENSÃO

22.1 Caso o CONTRATANTE rescinda o presente contrato antes de completada a vigência inicial de 1 (um) ano será devida multa de 20% (vinte por cento) a incidir sobre o total equivalente a multiplicação dos meses restantes para completar o referido período de vigência pelo valor da última mensalidade imediatamente faturada.

22.2 Decorrido o primeiro ano de vigência, o CONTRATANTE poderá rescindi-lo devendo solicitar pessoalmente ou de forma expressa, via Aviso de Recebimento, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, à CONTRATADA que não é mais do seu interesse manter o presente plano. Neste caso, dentro deste prazo de 30 (trinta) dias, não será permitida inclusões e/ou exclusões de BENEFICIÁRIOS.

22.3 Ocorrendo a denúncia antecipada do contrato, na forma das cláusulas deste contrato, a responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias da comunicação escrita mencionada na cláusula anterior. A partir deste momento, todas as despesas serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

22.4 O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer momento nos casos de:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



a) Fraude comprovada na sua execução por qualquer dos BENEFICIÁRIOS, especialmente a omissão por parte deles da informação de doença ou lesão preexistente, de acordo com o previsto neste contrato e na legislação pertinente;

b) Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, cumulativos (consecutivos ou não), a cada ano de vigência do contrato, com notificação do BENEFICIÁRIO até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência.

22.5 A não rescisão imediata do contrato após superados os 60 (sessenta) dias de atraso não implica em perdão ou aceitação da CONTRATADA pelo atraso, podendo gerar suspensão imediata dos serviços prestados e o cancelamento do referido instrumento, desde que o CONTRATANTE seja notificado até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência.

22.6 Ocorrendo a rescisão contratual ou exclusão de qualquer dos BENEFICIÁRIOS:

a) O(s) cartão(ões) magnético(s) Unimed deverá(ão) ser imediatamente devolvido(s) à CONTRATADA, inutilizado(s);

b) O saldo devedor do CONTRATANTE, bem como despesas que venham a ser contabilizadas após a data do cancelamento e/ou exclusão de BENEFICIÁRIO(s), deverão ser imediatamente quitados, sob pena de cobrança administrativa e/ou judicial;

c) Todos os benefícios colocados à disposição do CONTRATANTE, e de seu(s) dependente(s) (se houver), serão cancelados.

23. PROTEÇÃO DE DADOS

23.1 As Partes comprometem-se a respeitar a confidencialidade dos dados pessoais, sensíveis ou comerciais eventualmente coletados dos beneficiários vinculados, independentemente do sistema de coleta utilizado, sejam das Partes ou de quaisquer terceiros observando, para tanto, a Lei nº 12.965/2014 (Marco Civil da Internet), Decreto nº 8.771/2016 (Regulamento do Marco Civil da Internet) e a Lei 13.709/2018 (LGPD), bem como quaisquer outras leis relativas à proteção de dados pessoais que vierem a ser promulgadas.

23.2 Os Dados não serão compartilhados com quaisquer terceiros sem a prévia e expressa autorização de seus proprietários. Somente dados genéricos, agregados e sem identificação individual, poderão ser divulgados.

23.3 Para Dados que forem armazenados pelos sistemas de propriedade ou de utilização das Partes, estas se comprometem a utilizar os melhores e mais modernos sistemas eletrônicos de segurança e proteção de dados e criptografia, bem como medidas e políticas internas de segurança e proteção de dados de terceiros.

23.4 As Partes disponibilizarão aos proprietários o acesso aos Dados armazenados, bem como a faculdade de retificação, em caso de inconsistências.

23.5 As Partes não serão responsáveis pela política de privacidade e tratamento de dados de terceiros, ainda que existam links de acesso a sites e/ou aplicações de terceiros nos sites e/ou aplicações das Partes.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



23.6 Durante a vigência deste contrato, o titular dos dados pessoais compartilhados tem direito a obter da CONTRATADA, a qualquer momento e mediante requisição, desde que em conformidade com normas legais e regulatórias: I – confirmação da existência de tratamento de seus dados; II – acesso aos dados; III – correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV – anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade; V – portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação existente; VI – eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular; VII – informação das entidades públicas e privadas com as quais se realizou uso compartilhado de dados; VIII – informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX – revogação do consentimento para o tratamento de dados.

23.7 As Partes reconhecem que o uso ou revelação dos Dados de forma inconsistente com os termos e condições descritos neste instrumento e na legislação vigente podem causar danos, pelo que a Parte ou terceiro prejudicado fará jus à reparação integral pelas perdas e danos causados por uso não autorizado ou revelação de dados, bem como ao pagamento, pela Parte infringente de multa não compensatória equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total deste instrumento.

23.8 Dada a natureza perene desta cláusula, ela permanecerá em pleno vigor entre as Partes pelo prazo de 10 (dez) anos após o término deste instrumento, independentemente do motivo.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 A alteração do registro do respectivo produto contratado dependerá de autorização prévia da ANS e poderá ser requerida pela CONTRATADA, de acordo com a legislação específica.

24.2 As partes poderão mediante avaliação e concordância expressa, modificar as condições aqui pactuadas, desde que não impliquem alterações do registro do produto, por meio de aditamentos contratuais e que não contrariem a legislação em vigor.

24.3 A CONTRATADA se reserva o direito de realizar perícia médica no BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES, se houver, com o objetivo de acompanhar a correta e adequada prestação dos serviços contratados.

24.4 Visando ao aprimoramento dos serviços e a eliminar falhas detectadas, as partes se comprometem a enviar, amigavelmente, esforços para esclarecer fatos e questionamentos levantados por BENEFICIÁRIOS, ligados aos serviços aqui avençados.

24.5 A tolerância ou transigência da CONTRATADA não implicará em perdão, renúncia, novação, alteração ou modificação deste contrato, sendo o evento ou omissão considerado, para todos os fins de direito, como mera liberalidade da CONTRATADA, que transigiu, anuiu ou não exigiu o cumprimento da obrigação, não implicando, todavia, na renúncia do direito de exigir o cumprimento das obrigações contratuais, a qualquer tempo.

24.6 Em caso de perda ou dano ao cartão magnético Unimed, o CONTRATANTE se obriga a informar imediatamente o fato à CONTRATADA. Havendo necessidade de substituição do cartão magnético, a segunda via será fornecida mediante o pagamento do seu custo pelo CONTRATANTE.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



24.7 As despesas oriundas do uso do cartão magnético UNIMED por BENEFICIÁRIO já excluído são de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE. São igualmente de exclusiva responsabilidade do CONTRATANTE as despesas causadas por uso do cartão magnético UNIMED por terceiro não BENEFICIÁRIO. O uso indevido do cartão magnético constitui fraude e ensejará exclusão do BENEFICIÁRIO e/ou rescisão contratual, e, ainda, a adoção de medidas administrativas e judiciais cabíveis.

24.8 É obrigação do CONTRATANTE em caso de exclusão de dependentes, rescisão ou distrato deste contrato, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo pelos prejuízos eventualmente resultantes do uso indevido desses documentos, até os prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da exclusão do BENEFICIÁRIO ou da rescisão, resolução do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.

24.9 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimentos, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS titulares ou dependentes, que perderem essa condição por exclusão. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deve informar, por escrito o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

24.10 A não comunicação do ocorrido acarretará ao CONTRATANTE a responsabilidade pela utilização indevida do referido cartão.

24.11 Para emissão de segunda via do cartão de identificação, deverão ser respeitadas as normas vigentes na CONTRATADA, podendo ser cobrada taxa por esta emissão.

24.12 Fica estabelecido que os comprovantes de despesas decorrentes da utilização indevida, no caso da perda da condição de dependente do tipo cônjuge ou companheiro(a), poderão ensejar a cobrança, judicial ou extrajudicial, das quantias eventualmente devidas à CONTRATADA, além de ensejar rescisão do presente contrato por fraude, nos termos dos normativos em vigor.

24.13 A CONTRATADA não se responsabilizará por vício ou defeito dos serviços prestados, por cooperado ou estabelecimento credenciado, ao CONTRATANTE, e a seu(s) dependente(s), se houver; nem por qualquer restrição à utilização deste plano, imposta por cooperado, credenciado ou estabelecimento credenciado. No entanto, o beneficiário poderá registrar o fato junto à operadora.

24.14 Integram este contrato, para todos os fins de direito a Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Guia Médico da CONTRATADA e outros documentos que se fizerem necessários, inclusive aqueles para atendimento à legislação em vigor.

24.15 A CONTRATADA se obriga a manter em sua sede cópia fiel e disponível deste contrato padrão.

24.16 A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



24.17 O CONTRATANTE, assim como os BENEFICIÁRIOS vinculados a este contrato se obrigam a manter seu endereço (físico e eletrônico) e demais dados cadastrais atualizados junto à CONTRATADA, inclusive de seus dependentes. A omissão ou desobediência ao estipulado na cláusula 24.17 eximirá a CONTRATADA de quaisquer ônus advindos da conduta exclusiva dos BENEFICIÁRIOS vinculados a este contrato ou CONTRATANTE.

24.18 Reputar-se-ão válidas as correspondências enviadas aos BENEFICIÁRIOS vinculados a este contrato para o(s) endereço(s) físico(s) ou eletrônico(s) informados a CONTRATADA, inclusive para fins de comunicação de inadimplência e aviso prévio de rescisão contratual.

24.19 De acordo com a Lei 5.764/71, que rege as cooperativas, fica o CONTRATANTE desde já ciente, que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas do Sistema UNIMED.

24.20 O CONTRATANTE DECLARA TER TIDO CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO DO CONTEÚDO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO PREVIAMENTE À SUA ASSINATURA, DO QUAL RECEBE CÓPIA NO MOMENTO DA ADESÃO, E QUE, POR CONCORDAR E ACEITÁ-LO EXPRESSAMENTE COM TODAS AS SUAS CLÁUSULAS, APÕE SUA ASSINATURA NO ESPAÇO DISPONÍVEL NA PROPOSTA DE ADESÃO, A QUAL FARÁ PARTE INTEGRANTE E INDISSOCIÁVEL DO PRESENTE CONTRATO.

24.21 A CONTRATANTE declara e obriga-se a:

- a) exercer suas atividades de acordo com a legislação vigente ao setor;
- b) não se utilizar, por meio de seus fornecedores de produtos e serviços, de trabalho ilegal e/ou análogo ao escravo, mesmo que de forma direta ou indireta;
- c) não empregar, por meio de seus fornecedores de produtos e serviços, menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, insalubre ou perigoso, mesmo que de forma direta ou indireta;
- d) não empregar, por meio de seus fornecedores de produtos e serviços, menor de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, e, neste caso, o trabalho não poderá ser perigoso ou insalubre, ocorrer em horário noturno e/ou de modo a não permitir a frequência escolar, mesmo que de forma direta ou indireta;
- e) não praticar discriminação negativa e limitativas para o acesso e manutenção do emprego, a exemplo de sexo ou opção sexual, origem, raça, cor, condição física, religião, estado civil, idade, situação familiar, estado gravídico etc.;
- f) preservar e cuidar do meio ambiente, evitando práticas danosas e desenvolvendo suas atividades em observância à legislação em vigor, inclusive no que se refere aos crimes ambientais;
- g) ter ciência e cumprir as disposições contidas na Lei 12.846/2013, não a não utilização de práticas corruptas e/ou antiéticas objetivando obter ou oferecer vantagens indevidas perante a CONTRATADA, mesmo que de forma direta ou indireta.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



25. ELEIÇÃO DE FORO

25.1 Fica eleito o foro da comarca do município de Fortaleza (CE), para dirimir eventuais pendências advindas da execução do presente contrato, prevalecendo este sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Fortaleza/CE, (data preenchida na PROPOSTA DE ADESÃO – Parte integrante deste contrato).

Este contrato encontra-se registrado no 1º. Registro de Títulos e Documentos de Fortaleza/Ce (Cartório PERGENTINO MAIA) sob nº 677807.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



GLOSSÁRIO

Consideram-se os seguintes conceitos, quando previstos nas demais Cláusulas do presente instrumento:

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

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar responsável pela regulamentação e fiscalização das operadoras de planos de saúde.

AMBULATÓRIO – É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de internação.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL – É o procedimento realizado em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas. Inclui ainda as consultas realizadas por profissionais da saúde de nível superior.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA – Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO – É todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIOS – Todas as pessoas inscritas neste contrato e que dele usufruirão enquanto perdurar a relação contratual.

BENEFICIÁRIO EM TRÂNSITO – Beneficiário nos termos do presente instrumento, que se encontre em viagem ou em estada em outra cidade do território brasileiro, que não a da sede da CONTRATADA, o qual deverá procurar previamente uma UNIMED local ou ligar para o telefone informado no Guia Médico ou na página da internet da CONTRATADA, para ter acesso ao seu atendimento previsto neste contrato.

CARÊNCIA – É o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato, durante o qual o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus Dependentes não têm direito a determinadas coberturas contratadas, mesmo pagando o valor mensal do plano de saúde.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) – É aquela que admite, num prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes à assinatura do contrato, bem como suas sequelas.

CONSULTA – É o atendimento prestado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, bem como atendimento prestado por profissionais habilitados pelo

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



Conselho Regional de Nutricionistas e outros profissionais relacionados aos serviços prestados no mercado de saúde suplementar.

COPARTICIPAÇÃO – É o mecanismo de regulação que consiste no pagamento à CONTRATADA, pela CONTRATANTE, de percentual sobre as despesas relativas a determinados procedimentos previstos em contrato.

DATA DE VIGÊNCIA – Data de início de todos os direitos e obrigações previstos neste contrato.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – É o documento formal e legal, anexo e parte integrante da Proposta de Adesão, preenchido de próprio punho, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano, ciente de que quaisquer omissões caracterizam comportamento fraudulento, sujeitando-o às penalidades legais cabíveis.

DIRECIONAMENTO OU REFERENCIAMENTO OU HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO – Consiste em um dos mecanismos de regulação, podendo-se direcionar a realização de consultas, exames, terapias ou internação previamente determinados pela CONTRATADA.

DIRETRIZES CLÍNICAS (DC) E DE UTILIZAÇÃO (DUT) – São aquelas que definem os critérios para a obrigatoriedade de alguns dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

DOENÇA – Qualquer perturbação das condições físicas e mental do BENEFICIÁRIO, caracterizada como processo mórbido e hospitalar, que exija tratamento médico e não se enquadre na classificação de ACIDENTE PESSOAL.

DOENÇA AGUDA – Toda doença de instalação súbita causadora de morbidade provisória e, na grande maioria dos casos, reversível a tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA – Toda doença com a qual o indivíduo nasce, hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, com manifestação a qualquer tempo.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) – São aquelas que o BENEFICIÁRIO, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época de assinatura deste contrato. O BENEFICIÁRIO, ou seu responsável, são obrigados a informar à CONTRATADA a condição sabida de lesão ou doença preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou rescisão do contrato.

EMERGÊNCIA – Casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

ENTREVISTA QUALIFICADA – Entrevista na qual o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal declara à contratada a condição atual de seu estado de saúde e de seus dependentes incluídos no contrato em formulário próprio desta e com a orientação de médico de escolha do Proponente ou indicado pela CONTRATADA.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



EXAMES COMPLEMENTARES – São métodos de auxílio diagnóstico realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

GUIA MÉDICO – Manual de orientação ao BENEFICIÁRIO sobre os procedimentos para utilização do plano de saúde da CONTRATADA, bem como a lista dos médicos credenciados, estabelecimentos clínicos e hospitalares próprios e credenciados do plano contratado e serviços cobertos pelo contrato.

HOSPITAL DE ALTO CUSTO (TABELA PRÓPRIA) – É aquele que, mesmo podendo fazer parte de alguns planos do Sistema Nacional Unimed, não é credenciado à CONTRATADA, cobrando tabelas de procedimentos e honorários médicos próprios e de alto custo, ou seja, sem negociação ou acordo compatível com as tabelas e valores praticados pela CONTRATADA. Exemplos: Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Sírio Libanês (SP); Hospital Nove de Julho (SP); Hospital Moinhos de Vento (RS); Hospital Copa D'Or (RJ); Hospital São Rafael (BA); Hospital Português (PE); Hospital Monte Klinikum (CE) –, entre outros.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR – É o atendimento prestado a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES CIRÚRGICAS – São aquelas decorrentes de eventos que exigem ato cirúrgico, não passíveis de tratamento ambulatorial e/ou domiciliar.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES CLÍNICAS – São aquelas decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, exigir ato cirúrgico, não passíveis de tratamento ambulatorial e/ou domiciliar.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES ELETIVAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS – São os casos que não se caracterizam como Emergência ou Urgência, previamente agendados e autorizados pela CONTRATADA.

LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA – Acomodação reservada que requeira tratamento intensivo, tais como: unidades de terapia intensiva, centro de terapia respiratória, unidade coronariana, centro de terapia neonatal, unidade de terapia de queimados e unidades de isolamento.

LIMITADOR DE COPARTICIPAÇÃO – Valor que limita a cobrança financeira máxima da coparticipação. Só permitido para contratos com coparticipação. Esse limitador é atualizado pelo mesmo índice de atualização do contrato.

ÓRTESE – É entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

PARTO A TERMO – É aquele ocorrido em gravidez com evolução maior de 37 (trinta e sete) semanas completas.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



PORTA DE ENTRADA – É um mecanismo de regulação através do qual a CONTRATADA avalia e gerencia o encaminhamento do BENEFICIÁRIO para a realização de consultas, exames, terapias, internações clínicas e/ou cirúrgicas.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – São aqueles reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, sem porte anestésico, constantes na Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares da CONTRATADA, que possam ser executados sem obrigatoriedade de internação hospitalar, mesmo que em regime de hospital dia.

PROPOSTA DE ADEÇÃO – Documento padronizado usado pela CONTRATANTE para informar à CONTRATADA a sua pretensão de aderir ao Contrato, o plano contratado, seus dados pessoais e de seus dependentes, neles incluídos: CPF, RG, nome da genitora e endereço atualizado, condições de saúde para fins de avaliação e aceitação do risco e outras informações que se fizerem necessárias.

PRÓTESE – É entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

RESPONSÁVEL FINANCEIRO – É toda pessoa física contratante do plano de saúde que será responsável pelo pagamento das mensalidades e encargos contratuais previstos. Poderá optar por ser ou não beneficiário do plano ficando, neste caso, também como BENEFICIÁRIO TITULAR do contrato.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS – Lista de procedimentos médicos e hospitalares que possuem cobertura contratual conforme determinado pela ANS.

TERAPIA – É o atendimento prestado ao BENEFICIÁRIO utilizando os métodos de tratamento realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

URGÊNCIA – Casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, que demande atendimento médico, sem representar risco de vida iminente.

Av. Santos Dumont, 949 – Aldeota
CEP 60.150.160 – Fortaleza – CE

www.unimedfortaleza.com.br