

Contrato n°: 4515

UNICOL I-A
PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
PADRÃO APARTAMENTO – INTEGRAL
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

Serviços de Assistência Médico-Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia de plano coletivo por adesão a preço pré-estabelecido - Registro Provisório de Produto na ANS sob o n° 457.783/08-3

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE**1.1 QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA:**

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, nome de fantasia **UNIMED NATAL**, classificada como cooperativa de trabalho médico, inscrita no CNPJ/MF sob n° 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibú, n° 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, com inscrição na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n° 335592, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

1.2 QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DO TESOUREO ESTADUAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - ASFARN, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 08.533.564/0001-00, situada na Rua Trajano Murta, n° 3317, Casa, bairro: Candelária, CEP: 59065-290, Natal-RN, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus usuários, assim entendidas as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução n° 195 da ANS e suas atualizações, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985; e o grupo familiar do beneficiário titular, obedecidas as disposições deste instrumento.

1.3 NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

1.3.1 Nome Comercial: UNICOL I-A

1.3.2 Registro de Produto na ANS n° 457.783/08-3

1.4 TIPO DE CONTRATAÇÃO:

1.4.1 O presente contrato é caracterizado como Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão.

1.5 SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

1

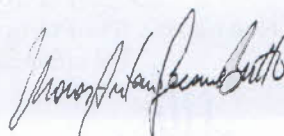
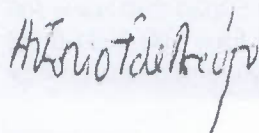
Unimed Natal

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN

Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526

www.unimednatal.com.br



C.6.1 Caso haja necessidade de remoção para uma unidade do SUS serão aplicadas as regras previstas no item Urgência e Emergência contidas neste instrumento contratual.

C.7 São garantidas coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde;

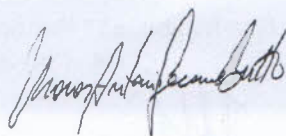
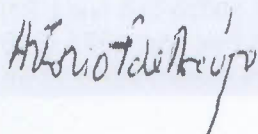
C.8 Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1987, que rege o exercício profissional do Enfermeiro;

C.9 Implante e fornecimento do dispositivo intra-uterino - DIU. (hormonal e não-hormonal).

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitadas as coberturas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

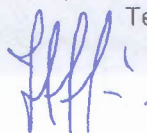
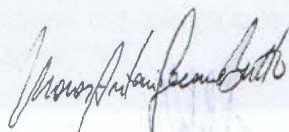
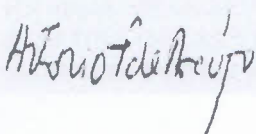
- 1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- 3) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- 5) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto a cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar e para aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- 6) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e pelos órgãos reguladores;
- 7) Despesas de acompanhantes, não previstas neste contrato;
- 8) Cirurgias para mudança de sexo;
- 9) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 10) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- 11) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a UNIMED, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- 12) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;



- 13) Inseminação artificial;
- 14) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 15) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 16) Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 17) Aplicação de vacinas;
- 18) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 19) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 20) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 21) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 22) Transplantes, exceto os de córnea, rim, autólogos e transplante alogênico de medula óssea, desde que observada a legislação vigente sobre o tema e disposições deste instrumento;
- 23) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 24) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 25) Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- 26) Procedimentos não relacionados no rol de procedimentos da ANS vigente na data do evento;
- 27) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
- 28) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 29) Aparelhos ortopédicos;
- 30) fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia, terapia ocupacional e psicologia quando não observados os critérios e ultrapassados os limites previstos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações.

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

5.3 Os procedimentos de: Acilcarnitinas - Perfil Quantitativo e Qualitativo, Avidéz de IgG para Toxoplasmose, Biópsia Percutânea a Vácuo Guiada por Raio X ou US (Mamotomia), Cirurgia Refrativa (PRK ou LASIK), Citomegalovirus Qualitativo por PCR, Consulta/Sessões com Fonoaudiólogo, Consultas com Nutricionista, Cordotomia - Mielotomia por Radiofrequência, Dímero-D, Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução, Embolização de Artéria Uterina, Galactose 1 - Fosfato Uridiltransferase, Hepatite B - Teste Quantitativo, Hepatite C - Genotipagem, HIV - Genotipagem, Imunofixação para Proteínas, Implante Coclear Unilateral,



Implante de Eletrodos ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda, Implante de Eletrodo ou Gerador para Estimulação Medular, Implante Intra-Tecal de Bombas para Infusão de Fármacos, Inibidor dos Fatores da Hemostasia, Microcirurgia a Céu Aberto por Radiofrequência da Zona de Entrada da Raiz Dorsal (Drezotomia – Drez), Mamografia Digital, Oxigenoterapia Hiperbárica, PET-SCAN Oncológico, Succinil Acetona, Teste de Inclinação Ortótica (TILT TEST), Transplante Autólogo de Medula Óssea, Transplante Alogênico de Medula Óssea, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica), Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia), Implante de Córdio-Desfibrilador Implantável – CDI (inclui eletrodos e gerador), Implante de Marcapasso Multissítio (inclui eletrodos e gerador), Análise Molecular de DNA, Fator V Leiden - Análise de Mutação, Pesquisa de Microdeleções por Fish (Fluorescence in situ Hybridization), Protrombina – Pesquisa de Mutação, Colocação de Banda Gástrica, Dermolipectomia, Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica), Consultas/Sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional, Consultas/Sessões com Terapeuta Ocupacional, Sessão de Psicoterapia e Atendimento/Acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico somente terão cobertura dentro dos limites e critérios estabelecidos nas “Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar”, de que trata a Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações.

6. DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, com vigência inicial a contar da data da assinatura do instrumento jurídico, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestarem por escrito, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, sem quaisquer ônus, ficando, todavia, impedido de incluir ou excluir usuários (titulares ou dependentes). Não haverá cobrança de taxas pela renovação contratual.

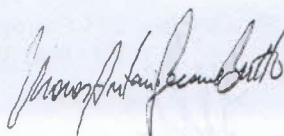
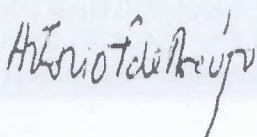
6.2 Caso a CONTRATANTE solicite ou dê causa à rescisão contratual antes do prazo mínimo de vigência estabelecido neste instrumento, caberá a esta última pagar à CONTRATADA multa rescisória equivalente a 10% (dez por cento) sobre o valor total das parcelas vincendas.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento as carências a seguir especificadas.

7.2 As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir do ingresso de cada beneficiário, sendo assim especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de reabilitação física, fisioterapia e acupuntura;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;



- f) 180 (cento e oitenta) dias para direito às internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e cobertura previstas neste contrato;
- h) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- i) 24 (vinte e quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

7.3 Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento após vir do contrato Enfermaria, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de carência para a acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente contratada.

7.4 Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem cumprimento dos prazos de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 (trinta) dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

7.5 Havendo carência, a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer sem nenhum ônus para o beneficiário, cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes (DLP), definidas como aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

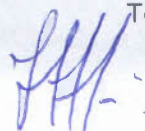
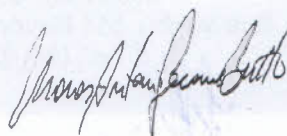
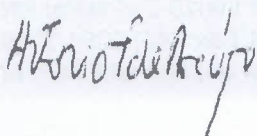
8.2 Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT), aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT.

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

8.4 Caso a operadora contratada não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo.

8.4.1 A declaração de saúde será preenchida pelo beneficiário no momento da contratação.

8.5 É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.



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

8.7 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá: a) oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou b) oferecer o Agravo; ou c) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

8.8 Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 Estão cobertos os atendimentos nos casos de:

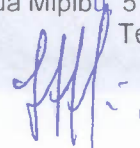
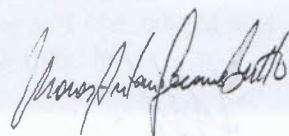
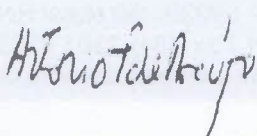
- a) URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- b) EMERGÊNCIA, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração de médico assistente.

9.2 A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.3 O atendimento da situação de urgência e emergência será de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

9.4 Nas situações de emergência e urgência é assegurado aos beneficiários:

- a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;
- b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, 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;
- c) garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- d) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;



e) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

f) 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, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

g) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;

h) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.5 Serão observadas as seguintes regras no caso de remoção para unidade SUS:

a) 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 operadora, desse ônus;

b) caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

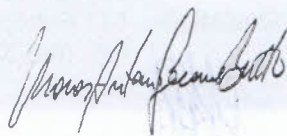
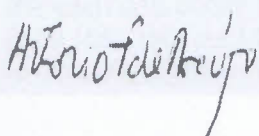
9.6 CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

9.6.1 A CONTRATADA assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas com assistência à saúde efetuadas pelo titular ou dependente, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED NATAL, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.**

9.6.2 O reembolso, que não poderá ser inferior à Tabela dos preços do produto, será efetuado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares praticadas pela CONTRATADA, vigente à data do evento, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;

b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;



- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

9.6.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, após o qual o usuário deverá, obrigatoriamente, dirigir-se às entidades credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano.

9.6.4 O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO** contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo do CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido e a aposição de digital em local indicado, no momento do atendimento, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento aos seus beneficiários.

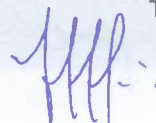
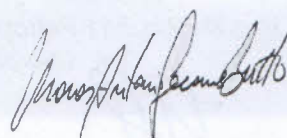
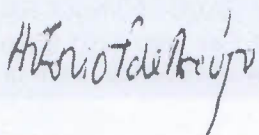
10.2 É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

10.2.1 Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, mesmo que na forma contratada, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários.

10.2.2 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências;

10.3 Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer desses Cartões Individuais de Identificação, o CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou quando for o caso, emissão de segunda via. Para emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, a CONTRATADA se reserva o direito de cobrar uma taxa, nunca superior a 5% (cinco por cento) do salário mínimo vigente na época da solicitação, por unidade.

10.4 O CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.



10.5 O CONTRATANTE deverá notificar a CONTRATADA sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações dos seus documentos sociais, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

10.6 Serão distribuídos ao CONTRATANTE o **Guia Médico**, editados pela CONTRATADA informando a relação de seus prestadores de serviços próprios e credenciados devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas, bem como obedecer as regras que disciplinam o atendimento pelas entidades credenciadas.

10.7 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA, disposta no **Guia Médico** terá suas atualizações feitas periodicamente através do serviço de atendimento e na internet, no site www.unimednatal.com.br, podendo ainda o CONTRATANTE tirar dúvidas sobre informações dos prestadores cadastrados no telefone **0800 084 2323**;

10.8 A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial constante no **Guia Médico**, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/98, desde que:

a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

b) 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;

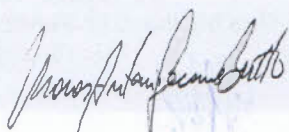
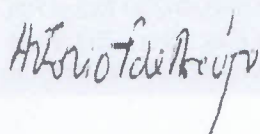
c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

10.9 A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, através de médicos cooperados e serviços credenciados, conforme especificado a seguir:

- a) **Consultas e sessões:** serão atendidos nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos dentre a rede de prestadores;
- b) **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, mediante solicitação do médico cooperado assistente;
- c) **exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante solicitação.

10.10 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.



10.11 As autorizações serão obtidas na sede da CONTRATADA do qual o beneficiário está vinculado, ou por meio da Central Telefônica da CONTRATADA, com emissão da resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

10.12 Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a CONTRATADA emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

10.13 Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

10.14 A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

10.15 As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente e a guia de internação expedida pela UNIMED NATAL, devendo a internação ser feita no Hospital próprio ou credenciado da CONTRATADA.

10.16 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

10.17 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

10.18 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente com justificativa.

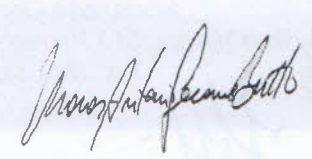
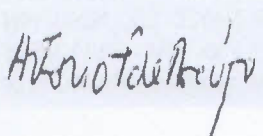
10.19 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos neste instrumento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

10.20 Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

10.21 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

10.22 A CONTRATADA reserva-se no direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

10.23 CO-PARTICIPAÇÃO



10.23.1 Será da responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento de co-participação sobre as internações psiquiátricas, nas seguintes hipóteses:

10.23.1.1 Será cobrada co-participação do beneficiário no percentual de 30% (trinta por cento) do custeio de cada diária excedida em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, uma vez ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de um mesmo ano de contrato.

10.23.2 A responsabilidade pelo pagamento da co-participação perdurará ainda que a conta seja apresentada após a saída do beneficiário do plano, desde que relacionadas a eventos realizados na vigência do contrato.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 FORMAÇÃO DO PREÇO

11.1.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura contratada é o preço pré-estabelecido.

11.2 MENSALIDADE

11.2.1 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por beneficiário (titulares e dependentes), os valores relacionados na Proposta de Adesão vinculada a este instrumento, para efeito de mensalidade, de acordo com seu número de beneficiários.

11.2.2 As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, obedecido ao disposto na Proposta de Adesão.

11.2.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual disciplinado neste instrumento.

11.2.4 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, considerando o início da vigência contratual e vencimento da fatura estabelecido na Proposta de Adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

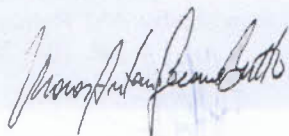
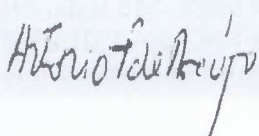
11.2.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.

11.2.6 O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será de exclusiva responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

11.2.6.1 Caberá à pessoa jurídica CONTRATANTE efetuar o pagamento das mensalidades dos seus beneficiários inadimplentes nos moldes deste instrumento.

11.2.7 Caberá a CONTRATANTE pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término deste instrumento, caso solicite ou dê causa a rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato.

11.2.8 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do



Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

1.6 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

1.6.1 Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área geográfica de abrangência qualificada como **Grupo de Municípios, compreendendo os seguintes municípios: NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAÍBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ, sendo facultado ainda ao usuário, ser atendido nos demais municípios do Estado do RN, através das Unimeds locais. Em caso de urgência e emergência, e somente nesses casos, os usuários poderão ser atendidos pelas demais cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, nos municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local.**

1.7 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

1.7.1 A área de atuação do plano contratado abrange os seguintes municípios do estado do Rio Grande do Norte (RN): **NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAÍBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ.**

1.8 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

Individual (apartamento).

1.9 FORMAÇÃO DO PREÇO:

1.9.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura contratada é o preço pré-estabelecido.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO**2.1 OBJETO DO CONTRATO**

2.1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando à 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 editado pela ANS vigente à época do evento.

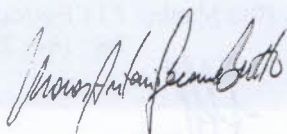
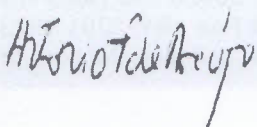
2.1.2 É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão de mesmo número.

2.2 NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.2.1 A natureza do presente instrumento jurídico é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 São usuários titulares as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e





débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

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

11.2.10 O CONTRATANTE deverá informar, junto com o pedido de inclusão de cada usuário, também se há previsão de o mesmo contribuir para o custeio das coberturas objeto deste.

11.2.11 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados.

12. REAJUSTE

12.1 Os valores previstos neste instrumento e pactuados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

12.2 Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente entre as partes, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

12.3 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98.

12.4 O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice estabelecido pela ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, que será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

12.5 Fica estabelecido que independente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.6 Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA for impedida de praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal por um índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.7 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

12.8 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade de forma complementar ao reajuste da ANS, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

12.9 Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional Suplementar de Saúde Suplementar, nos termos do que dispõe a Resolução específica sobre o assunto.

12.10 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

13. FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Para fins deste contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

- 1ª - 0 até 18 anos;
- 2ª - de 19 a 23 anos;
- 3ª - de 24 a 28 anos;
- 4ª - de 29 a 33 anos;
- 5ª - de 34 a 38 anos;
- 6ª - de 39 a 43 anos;
- 7ª - de 44 a 48 anos;
- 8ª - de 49 a 53 anos;
- 9ª - de 54 a 58 anos;
- 10ª - 59 ou mais.

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

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

13.4 A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

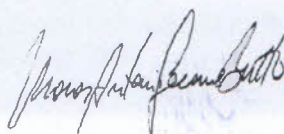
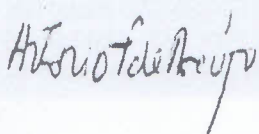
14.1.1 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 30 (trinta) dias, caberá a esta última requerer a suspensão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

14.1.2 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 60 (sessenta) dias, caberá a esta última requerer a exclusão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

14.2 A exclusão ou a suspensão da assistência à saúde dos beneficiários pela operadora só poderá ocorrer, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude; ou

b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n 9.656/98.



14.3 O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será automaticamente excluído do contrato.

14.4 Também será excluído o usuário que vier a falecer.

14.5 Qualquer dependente que perder a condição de dependência, o qual será automaticamente excluído do plano, poderá assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como usuário dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

15. RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 A CONTRATADA poderá rescindir este contrato IMEDIATAMENTE no caso de fraude ou atraso de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

15.2 Na ocorrência de rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, caberá à CONTRATANTE pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

15.3 O atraso no pagamento das mensalidades pela CONTRATANTE por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

15.4 Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da CONTRATADA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitido inclusão ou exclusão de usuários.

15.5 Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

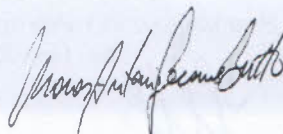
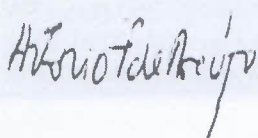
15.6 As partes acordam pela rescisão contratual quando houver divergência quanto ao percentual de reajuste anual a ser aplicado neste instrumento.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e 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.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal, na qualidade de beneficiários, relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.



ADJUVANTES: São os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: É qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário para que o mesmo tenha direito integral à cobertura contratada, para doença e lesão preexistente declarada.

AMBULATÓRIO: Estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários.

ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: São as atividades executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

ATENDIMENTO 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, conforme especificado na Resolução RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 e suas alterações.

ATENDIMENTO CLÍNICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: É aquele realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

ATENDIMENTO ELETIVO: Termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

BENEFICIÁRIO: Pessoa inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

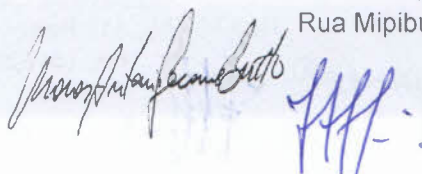
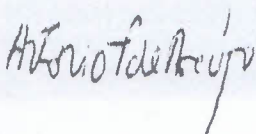
BENEFÍCIO: É uma cobertura não obrigatória pela regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, oferecida aos usuários, nas condições expressas no contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do consumidor usuário e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos usuários pela contraprestação.

CARÊNCIA: É o período ininterrupto do contrato no qual é paga a mensalidade do plano de saúde, contado a partir da data de ingresso do(s) beneficiário(s) no plano, durante o qual o(s) mesmo(s) não têm direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cédula onde se determina a identidade do usuário, validade, código de inscrição na UNIMED-NATAL, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE: os procedimentos cobertos**



por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol da segmentação ambulatorial e da segmentação hospitalar com obstetrícia divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

COBERTURAS: São as cláusulas contratadas que definem os direitos dos usuários.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistente declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do CONTRATANTE e dos beneficiários inscritos em um mesmo plano de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: Parte efetivamente pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à utilização do procedimento.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): É o 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, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: Alterações patológicas durante a gestação, como por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do usuário.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e mancebia; amigado, amasiado, companheiro.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o documento preenchido pelos usuários inscritos pelo CONTRATANTE ou seu representante legal, de próprio punho, que expressa as condições gerais de saúde dos usuários deste contrato.

DEPENDENTE: Pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

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.

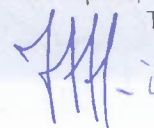
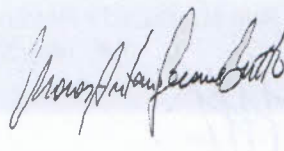
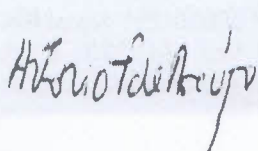
DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: Aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

EMERGÊNCIA: É o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença, nesta definição incluídas as eventuais internações hospitalares.

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

EXAMES BÁSICOS: São os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 e suas atualizações: a) análises clínicas; b) citopatologia; c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; d) eletrocardiograma; e) eletroencefalograma convencional; f) endoscopia diagnóstica; g) exames



radiológicos; h) exames e testes alergológicos; i) exames e testes oftalmológicos; j) exames e testes otorrinolaringológicos; l) teste ergométrico.

EXAMES ESPECIAIS: São todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução RN n° 211, de 11 de janeiro de 2010 e suas atualizações, exceto aqueles definidos como básicos.

EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: É o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o usuário seja portador antes da contratação.

GUIA MÉDICO: Livreto de publicação da contratada, onde consta a relação de médicos cooperados, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados para atendimento dos beneficiários.

HOSPITAL-DIA: Atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto a uma diária convencional.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: Hospital pertencente ao Sistema UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela UNIMED.

INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano, condicionado ao aceite da UNIMED-NATAL.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Situação na qual o beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico cooperado assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MÉDICO COOPERADO: É o médico que participa com cotas da UNIMED NATAL-SOCIEDADE COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob n° 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibú, n° 511, bairro Petrópolis, Natal/RN.

MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.

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

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PRÓTESE: Peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.

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

PROCEDIMENTO: É qualquer ato médico praticado e seus complementares, entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.

PROCEDIMENTO/CONSULTA ELETIVA: É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência (inclusive consultas) e que podem ser programados.

PRODUTOS: São modalidades de planos oferecidos pela UNIMED-NATAL.

PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento preenchido pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o proponente manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos neste instrumento.

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de

Antonio de Albuquerque

João Paulo de Albuquerque

SAH

efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde

ROL DE PROCEDIMENTOS: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 e suas atualizações, que referencia os procedimentos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia).

SERVIÇOS PRÓPRIOS DA UNIMED NATAL: Estabelecimento hospitalar ou Clínica/Consultório de propriedade da Unimed Natal.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Unimed Natal, mas que são citadas no **GUIA MÉDICO** da Unimed Natal, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.

TABELA DE REFERÊNCIA: Lista indicativa de procedimentos médico-hospitalares e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

UNIMED: É uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

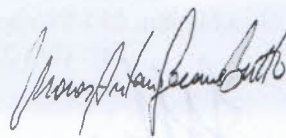
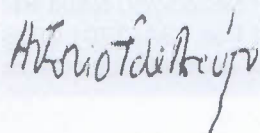
USUÁRIO: pessoa física que usufruirá os serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme previsto neste instrumento.

USUÁRIO TITULAR: Para efeito deste contrato, são usuários titulares as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução nº 195 da ANS e suas atualizações, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985, inscritos como tais, de acordo com as condições previstas neste instrumento.

USUÁRIO DEPENDENTE: qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao usuário titular, na forma e condições previstas neste instrumento, exclusivamente.

16.2 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimentos por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que a CONTRATADA manifesta sua inconstitucional concordância para todos os fins de direito.

16.3 A CONTRATADA não autorizará procedimentos em qualquer hospital, clínica ou terceiro prestador de serviço credenciado que adote tabela de preços própria, diferente da Tabela de Referência, praticada pela UNIMED NATAL ou por outra Cooperativa Médica Unimed com o qual o prestador mantiver contrato, cabendo ao usuário que optar por estes estabelecimentos arcar com os custos decorrentes do atendimento, assumindo as despesas e negociando diretamente com o prestador.



16.4 A Unimed Natal não reembolsará despesas efetuadas em Hospitais que não possuam convênio com a Unimed local ou com outras Cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed para atendimento de intercâmbio, salvo nos casos previstos neste instrumento, dentro da área de abrangência contratual.

16.5 A CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a UNIMED NATAL a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.6 A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE e de seus usuários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

16.7 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data de sua assinatura, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

16.8 A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares.

16.9 Nos contratos de planos coletivos por adesão é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes do trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

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

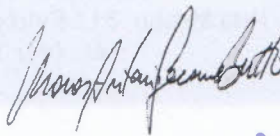
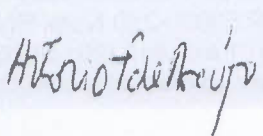
16.11 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

16.12 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC), firmado pelos contraentes.

16.13 É obrigação do CONTRATANTE fornecer ao usuário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, bem como do **GUIA MÉDICO DA UNIMED NATAL**.

17. ELEIÇÃO DE FORO

17.1 Fica eleito o foro da Comarca do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.





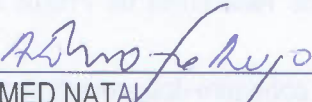
DECLARAÇÃO

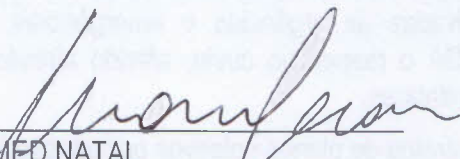
Na Qualidade de representantes legais da EMPRESA CONTRATANTE, declaramos:

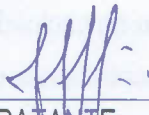
- a) Que lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato, cujas exclusões e limitações estão de acordo com os preços estipulados.
- b) Que compreendemos o teor das tabelas de serviços médicos e hospitalares e entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.
- c) Que temos ciência de que a responsabilidade pelo pagamento do valor de co-participação É NOSSA, e perdurará ainda que o usuário já tenha sido excluído do plano no momento de apresentação da conta.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

Natal, 01 de maio de 2011.

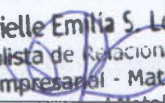

UNIMED NATAL
Dr. Antônio Francisco de Araújo
Presidente


UNIMED NATAL
Dr. Marcos Antônio T. J. da Costa Britto
Vice-Presidente


CONTRATANTE

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:


Danielle Emilia S. Loureiro
Analista de Relacionamento
Empresarial - Mat. 924

Nome: Unimed Natal
CPF:

Nome:
CPF:

CONTRATO DE SEGURO POR MORTE ACIDENTAL OU NATURAL – BENEFÍCIO ESPECIAL

TERMO DE CONTRATO ACIMA QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO A EMPRESA ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DO TESOIRO ESTADUAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - ASFARN E DO OUTRO LADO A UNIMED NATAL – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

De um lado a ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DO TESOIRO ESTADUAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - ASFARN, com sede na Rua Trajano Murta, nº 3317, Casa, bairro: Candelária, Natal-RN, CEP: 59065-290, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.533.564/0001-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado por seus Representantes Legais no final assinados e do outro lado a **UNIMED NATAL - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, com sede na Rua Mipibú, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, CEP 59020-250, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.380.701/0001-05, no município de Natal/RN sob o nº 105.786-3 e na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o nº 33559-2, neste ato representada por seus diretores abaixo assinados, doravante denominada **CONTRATADA**, têm entre si ajustado o contrato a seguir, o qual passará a vigor mediante cláusulas e condições:

I – Considerando que as partes firmaram em 01 de maio de 2011 o Contrato Coletivo por adesão Unicol I-A nº 4515, no qual contempla cláusula de Benefício Especial;

II – Considerando a necessidade de que a referida cláusula de Benefício Especial seja prevista a partir da formalização de instrumento jurídico autônomo;

III – Considerando que a vigência contratual do Benefício Especial, bem como as hipóteses de resilição e rescisão são aquelas já contempladas no Contrato Coletivo por adesão Unicol I-A nº 4515, observadas, ainda as disposições deste instrumento;

IV – Considerando que a resilição ou rescisão do Contrato Coletivo por adesão Unicol I-A nº 4515 implicará automaticamente na resilição ou rescisão do presente instrumento;

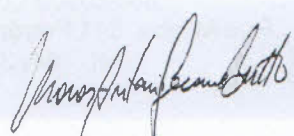
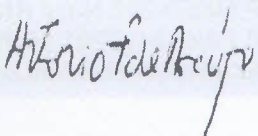
Resolvem as partes formalizar a cobertura do Benefício Especial, a qual se regerá da seguinte forma:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – BENEFÍCIO ESPECIAL

1.1 Seguro por Morte Acidental ou Natural

1.1.1 Aos usuários titulares, **desde que em perfeito estado de saúde e com até 65 (sessenta e cinco) anos na data de inscrição**, será assegurada cobertura por sua morte natural ou acidental, obedecendo às seguintes condições, cumulativamente:

- a) Estar rigorosamente em dia com o pagamento das mensalidades;
- b) Ter cumprido prazo mínimo de permanência de 6 (seis) meses no plano, contados da data da sua inscrição;



fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução n° 195 da ANS e suas atualizações, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7.395, de 31 de outubro de 1985 e 7.398, de 04 de novembro de 1985.

3.2 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer, por escrito, até o dia 05 (cinco) de cada mês, a relação de inclusões e exclusões de usuários no plano, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a pessoa jurídica, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência, acompanhada das respectivas propostas de admissão; também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objetos deste instrumento.

3.3 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA, passando a vigor no dia 01 do mês subsequente.

3.4 São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até 21 (vinte e um) anos incompletos**;
- c) os filhos solteiros, **até 24 (vinte e quatro) anos incompletos**, desde que na condição de estudantes universitários de graduação;
- d) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos, o que deve ser atestado por profissional médico, ficando a critério da CONTRATADA a indicação da melhor forma de comprovação da invalidez alegada, inclusive encaminhando o paciente à perícia/auditoria médica, quando entender conveniente.

3.5 É assegurada a inclusão:

I – do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou da adoção, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

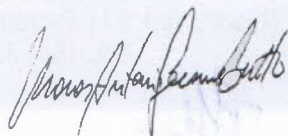
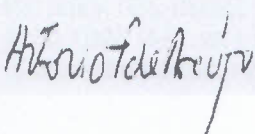
II – do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias (a contar da data do deferimento da adoção);

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato e desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após a data da realização do casamento civil;

IV – do beneficiário que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica contratante, bem como seu(s) dependente(s), isento do cumprimento dos prazos de carência, **desde que a inscrição no plano ocorra em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.**

V - do beneficiário (titular e dependente) que se vincular à CONTRATANTE após o transcurso de trinta dias da celebração do contrato coletivo, com isenção do cumprimento dos prazos de carência, **desde que formalize sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.**

V.1 - Aqueles que se tornarem dependentes ou elegíveis após o transcurso do prazo dos trinta dias da celebração do contrato coletivo poderão ingressar sem cumprimento de carências no aniversário do



CONTRATO DE SEGURO POR MORTE ACIDENTAL OU NATURAL – BENEFÍCIO ESPECIAL

1.1.2 Para fazer jus à indenização, os dependentes do titular falecido inscritos neste plano deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos, observando-se a ordem de sucessão:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Casamento do cônjuge sobrevivente, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário;
- c) na falta do cônjuge, Certidão de Nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com a legislação pertinente;
- d) cópia do Cartão de Identificação do usuário, carteira de identidade, CPF e comprovante de residência do usuário titular falecido e do(s) beneficiário(s); e,
- e) em caso de morte acidental, também Laudo Cadavérico, Boletim de Ocorrência, Laudo de Dosagem Alcoólica e cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) do falecido.

1.1.3 O atraso nos pagamentos das mensalidades do Contrato por adesão Unicol I-A nº 4515 implicará na suspensão do seguro de que trata este instrumento, enquanto perdurar o atraso, desde que em prazo não superior a 30 (trinta) dias.

1.1.4 O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades do Contrato Coletivo por adesão Unicol I-A nº 4515 implicará no cancelamento do seguro e conseqüentemente, na rescisão do presente instrumento;

1.1.5 O valor segurado por morte natural corresponde à importância de R\$ 2.432,64 (dois mil quatrocentos e trinta e dois reais e sesenta e quatro centavos), sendo que por morte acidental será pago o dobro, equivalente ao montante de R\$ 4.865,28 (quatro mil oitocentos e sesenta e cinco reais e vinte e oito centavos), os quais serão corrigidos a partir da vigência deste contrato, pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador;

1.1.6 A indenização não será devida ao(s) familiar(es) que de alguma maneira der(em) causa ou contribua(m) para a ocorrência do falecimento do usuário titular.

E assim por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas, para que possa produzir seus legais e jurídicos efeitos.

Natal, 01 de maio de 2011.

Pelo CONTRATANTE:

ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DO TESOUREO ESTADUAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - ASFARN



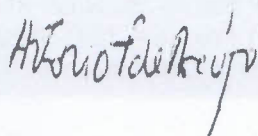
Representante Legal

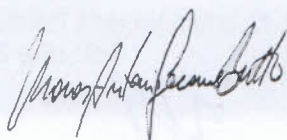
Representante Legal

2

Unimed Natal
Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Mipibu, 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal RN
Tel.: (84) 3220 6201 Fax: (84) 3201 9526
www.unimednatal.com.br

ANS - nº 33559-2







CONTRATO DE SEGURO POR MORTE ACIDENTAL OU NATURAL – BENEFÍCIO ESPECIAL

Pela CONTRATADA:

UNIMED NATAL – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Antonio Francisco de Araújo

Dr. Antonio Francisco de Araújo
Presidente

Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Britto

Dr. Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Britto
Vice-Presidente

TESTEMUNHAS:

Danielle Emilia S. Loureiro
Analista de Relacionamento
Empresarial - Mat. 924
Unimed Natal

Nome
CPF n°

Nome
CPF n°

DECLARAÇÃO

CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DO TESOUREO ESTADUAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - ASFARN
CÓDIGO DO CONTRATO: 4515

Declaramos que temos ciência da existência do plano-referência, previsto no artigo 10 da Lei 9.656/98, que nos foi oferecido o mesmo pela Unimed Natal, sob a denominação UNICOL II, e registro SIMPAS nº 419.355/99-5, com a segmentação prevista no referido artigo 10 da Lei 9.656/98.

Declaramos ainda que recusamos a oferta do plano-referência, optando pelo Contrato Coletivo por Adesão Unicol I-A, com segmentação distinta.

Natal, 01 de maio de 2011.



CONTRATANTE

CONTRATANTE

contrato. **Caso a condição de dependente seja anterior e o ingresso ocorra após o aludido prazo, ele terá que, necessariamente, cumprir o período de carência, ressalvadas as hipóteses legais de não cumprimento de carência.**

3.6 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

3.7 Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário.

3.8 Quando for o caso, ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação necessária para a efetivação da contratação.

3.9 O número de usuários inscritos no ato da assinatura deste instrumento está descrito na proposta de adesão.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações vigentes à época do evento, garantindo o seguinte:

a) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, que envolvam as atividades educacionais, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;

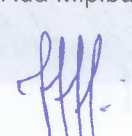
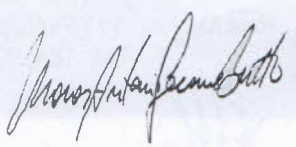
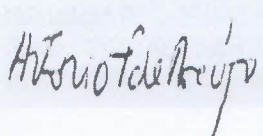
b) cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, quanto à participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

c) atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratadas, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

A - COBERTURA AMBULATORIAL

A.1. A cobertura deste capítulo compreende os procedimentos realizados em consultório ou em ambulatório, relacionando o procedimento ao prestador credenciado, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);



II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

IV - Cobertura de até 12 (doze) consultas/sessões com nutricionista, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações;

V - Cobertura de até 24 (vinte e quatro) consultas/sessões com fonoaudiólogo, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações;

VI - Cobertura de até 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações;

VII - Cobertura de até 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações;

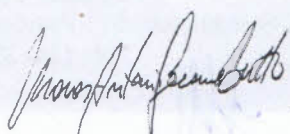
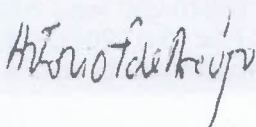
VIII - Cobertura de até 12 (doze) sessões de psicoterapia, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da ANS e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

IX - Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

X - Cobertura obrigatória para os seguintes serviços considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e eu estejam descritos no segmento ambulatorial da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;

XI - Cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência conforme resolução específica sobre o tema.



XII - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1. A CONTRATADA garante aos usuários os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados com urgência e emergência, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, listado no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas atualizações, relacionando o procedimento ao prestador credenciado, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de diárias de internações hospitalares, no padrão de acomodação em internação previsto nas características gerais deste instrumento, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

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

III - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

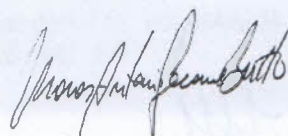
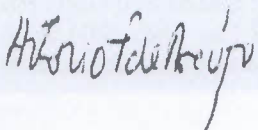
IV - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados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

V - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

VI - Cobertura de despesas com acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital à acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação médica nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais listadas no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas atualizações, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VIII - Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares, solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;



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

IX - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

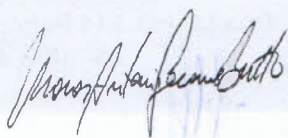
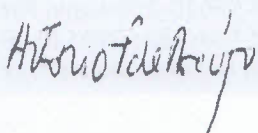
- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) nutrição parenteral ou enteral;
- c) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- d) radioterapia para procedimentos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações;
- e) hemoterapia;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações;
- g) embolizações para procedimentos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da ANS e suas atualizações.

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

XI – Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XII – Cobertura obrigatória de transplante autólogo de medula óssea, para receptores com idade igual ou inferior a 75 (setenta e cinco) anos, portadores de uma das patologias previstas no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações.

XIII - Cobertura de transplante alogênico de medula óssea, desde que preenchidos os critérios estabelecidos no Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 25 de 12 de janeiro de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da ANS e suas atualizações.



XIV – Cobertura de transplantes de rins e córneas, bem como dos transplantes autólogos e as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- 1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- 2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- 3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

XV - Serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, bem como cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

XVI - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, e que tenham registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Anexo da Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações;

b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido em comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

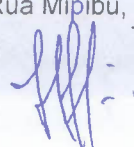
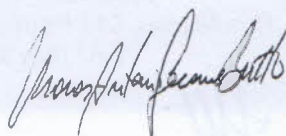
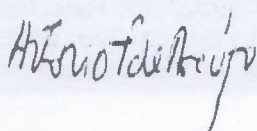
XVII - Taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

XVIII - Cobertura para todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos;

XIX - Utilização de monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

B.2 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

B.2.1. – Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Ultrapassados os 30



(trinta) dias de internação, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será cobrada co-participação do beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) do custeio de cada diária excedida. **O percentual obedecerá aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época.**

B.2.2 – Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e suas atualizações, a critério do médico assistente;

B.2.3 – Cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

B.2.4 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1. A CONTRATADA assegura às beneficiárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato e observado o direito a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

C.2 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

C.2.1 Entende-se como cobertura assistencial ao recém-nascido as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, desde que nas condições previstas neste contrato. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde;

C.3 Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

C.4 Quando o atendimento nos casos de emergência for efetuado no decorrer nos períodos de carência, havendo sido resultante de complicações no processo gestacional ou parto prematuro, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

C.5 Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação, as despesas passam a ser de responsabilidade da usuária, não cabendo qualquer obrigação à CONTRATADA, conforme determina a **Resolução CONSU nº 13, de 03/11/1998**;

C.6 No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares acima referidas, desde que necessário para a continuidade do tratamento e sendo interesse do usuário, será de obrigação da CONTRATADA a remoção para um hospital da rede pública, ou outro de sua escolha dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato, cessando a responsabilidade da CONTRATADA apenas após o efetivo registro do paciente no SUS;

