

QUINTO ADITIVO AO CONTRATO COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E Nº 3816,
FIRMADO EM 07/11/2008, REGISTRO NA ANS SOB O Nº 452.382/04-2.

TERMO ADITIVO AO CONTRATO ACIMA QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO A ORDEM DOS
ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE E DO OUTRO LADO A UNIMED
NATAL – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

De um lado a ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE,
devidamente qualificada no Primeiro Aditivo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato
representada por seu Representante Legal no final assinado e do outro lado a **UNIMED NATAL -
SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, com sede na Rua Mipibu, 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 aditar o contrato em epígrafe, conforme a seguir:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1 As partes contratantes, em comum acordo, resolvem **REAJUSTAR** o contrato acima identificado,
conforme abaixo:

- 1.1.1 Sobre os valores das mensalidades atualmente pagas será aplicado um percentual de
reajuste de 9,65% (nove inteiros, sessenta e cinco centésimos por cento), a partir da fatura
de novembro/2015.

2. CLÁUSULA SEGUNDA

2.1 Continuam inalteradas as demais CLÁUSULAS e condições previstas nos aditivos vinculados ao
contrato original, desde que não colidam com as disposições deste instrumento.

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.



1/2

Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.

QUINTO ADITIVO AO CONTRATO COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E Nº 3816,
FIRMADO EM 07/11/2008, REGISTRO NA ANS SOB O Nº 452.382/04-2.

Natal, 19 de novembro de 2015.

Pela CONTRATANTE
ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE



Representante Legal

Sérgio Eduardo da Costa Freire
Presidente da OAB/RN

Pela CONTRATADA:
UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO



UNIMED NATAL
Dr. Antonio Francisco de Araújo
Presidente



UNIMED NATAL
Dra. Edailna Maria de Melo Dantas
Vice-Presidente

TESTEMUNHAS:

Nome
CPF


Bárbara de Mendonça Seina
Analista Recrutamento
Empresarial Interno - Mat. 1412
UNIMED NATAL

Nome
CPF


Edyla Borelho
Analista de Relacionamento
Matriculada em
Unimed Natal

2/2

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

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E Nº 3816 - RESOLUÇÃO NORMATIVA (ANS) - RN Nº 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012 (Art. 12).

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

I - 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 nº 08.380.701/0001-05, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 335592, situada na Rua Mipibú, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, CEP 59020-250, doravante denominada **CONTRATADA**.

II - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RN, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.451.064/0001-10, situada na Av. Junqueira Aires nº 478, bairro Cidade Alta, Natal/RN, CEP 59025-280, doravante denominada **CONTRATANTE**.

III - DO OBJETO E DAS ALTERAÇÕES:

Trata-se de um aditamento ao Contrato **COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E**, Registrado na ANS sob o nº 452.382/04-2, firmado entre as partes em 07/11/2008, o qual passa a inserir as obrigações impostas pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

IV - DAS REGRAS SOBRE O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA FINS DE CÁLCULO E APLICAÇÃO DE REAJUSTE

4.1 É obrigatório à **CONTRATADA** formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

4.2 Após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no item 4.4 caberá à **CONTRATADA** calcular um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

DA APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

4.3 Considera-se **período de apuração da quantidade de beneficiários** o período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que deverão ser agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa, conforme artigo 6º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4.4 A quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no subitem a seguir.

4.4.1 Para os contratos firmados após a vigência da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra prevista no item 4.4, que corresponderá ao mês de aniversário do contrato.

Handwritten signatures:
H. J. ...
S. J. ...
J. ...

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E N° 3816 - RESOLUÇÃO NORMATIVA (ANS) - RN N° 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012 (Art. 12).

4.5 Será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários no mês de seu aniversário, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

4.5.1 Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior a 29 (vinte e nove) beneficiários, quantidade estabelecida para a formação do agrupamento no mês de seu aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

4.5.2 A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

DA APLICAÇÃO DO PERCENTUAL DE REAJUSTE

4.6 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato, no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

4.6.1 O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

4.6.2 O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

4.6.3 Aos contratos não agregados ao agrupamento deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

4.6.4 O cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado para o agrupamento de contratos agregados obedecerá às seguintes fórmulas:

$$\text{Reajuste} = (1 + R_{\text{técnico}}) \times (1 + R_{\text{financeiro}}) - 1 \quad (1)$$

$$R_{\text{técnico}} = \frac{S}{S_m} - 1 \quad (2)$$

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Custos Assistenciais}}{\text{Receita total}} \quad (3)$$

(1) A avaliação do reajuste será realizada com base na fórmula 1, onde o $R_{\text{financeiro}}$ (r) consiste na inflação médica prevista para os próximos doze meses e o $R_{\text{técnico}}$ o percentual necessário a ser

Antonio de Albuquerque

Marcelo de Albuquerque
J.F.

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E N° 3816 - RESOLUÇÃO NORMATIVA (ANS) - RN N° 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012 (Art. 12).

aplicado nas mensalidades, para que haja o reequilíbrio atuarial-financeiro.

(*) Para efeitos deste instrumento o $R_{Financeiro}$ equivale ao índice de reajuste dos planos privados de assistência à saúde suplementar individuais e familiares, divulgado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

(2) O reajuste técnico ($R_{Técnico}$) é definido conforme a fórmula 2, onde S corresponde a sinistralidade observada nos últimos 12 (doze) meses e S_m a meta de sinistralidade, correspondente a 70% (setenta por cento). Caso S seja inferior S_m , ou seja, a sinistralidade seja inferior a meta, o reajuste técnico será igual a 0 (zero).

(3) De tal modo, o cálculo do reajuste será baseado na sinistralidade dos contratos agrupados. A sinistralidade, conforme a Fórmula 3, consiste na divisão entre os custos assistenciais e a receita total com mensalidades. A sinistralidade é uma medida que reflete a representatividade dos custos assistenciais em relação às receitas.

4.7 O primeiro reajuste de que trata a Resolução Normativa n° 309, de 24 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), será aplicado a partir do mês de maio de 2013 até abril de 2014, na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento.

4.8 Excepcionalmente para o primeiro reajuste será apurada a quantidade de beneficiários do mês de janeiro de 2013 em cada contrato.

4.9 A cláusula de reajuste já existente no contrato original em epígrafe será aplicada caso o referido contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento.

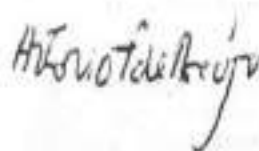
V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 O presente aditivo torna sem efeito quaisquer cláusulas com disposições contrárias e passam a integrar o contrato celebrado em 07/11/2008 para todos os fins de direito.

DECLARAÇÃO

A pessoa jurídica CONTRATANTE, ao realizar a opção pela assinatura do presente aditivo, afirma ter ciência de que o reajuste a ser aplicado ao contrato em epígrafe será realizado de acordo com as disposições da Resolução Normativa n° 309, de 29 de outubro de 2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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.



3




TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO COLETIVO PREFERENCIAL EMPRESARIAL C-E N° 3816 - RESOLUÇÃO NORMATIVA (ANS) - RN N° 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012 (Art. 12).


Natal, 21 de Yosico de 2013.

Pela CONTRATANTE:
ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RN


Representante Legal


Pela CONTRATADA:
UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


Dr. Paulo Xavier Trindade
Vice-Presidente
Unimed Natal


UNIMED NATAL
Dr. Antônio Francisco de Araújo
Presidente

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

TESTEMUNHAS:


Nome Francisco Igor Costa Pereira
CPF n° 033.791.174-63


Danielle Emilia S. Laureiro
Supervisora do SEREM
RN 124 - Unimed Natal
Nome _____
CPF n° _____



Nº 3816 (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE) VENDEDOR: EDERALDO VIANA

PROPOSTA DE ADMISSÃO - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL PLANO PREFERENCIAL C - E

CONTRATADA: Unimed Natal Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ/MF - 08.380.701/0001-05
CONTRATANTE: ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE CNPJ: 08.451.064/0001-10
INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento **RAMO DE NEGÓCIO:** Administração Pública em geral
ENDEREÇO: Av. Junqueira Aires, nº 478, Cidade Alta, Natal/RN, CEP: 59025-280
TELEFAX: (84) 4008-9426
CONTATO: Sra Kadidja
DIRETOR: Sr Paulo Eduardo P. Teixeira
NÚMERO DE USUÁRIOS: 25
TITULAR: 21
DEPENDENTE: 04
PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: Doze meses, a partir de 07/11/2008
VENCIMENTO DA FATURA: Dia 10 (dez) de cada mês.
MODALIDADE: Enfermaria
TIPO DE CONTRATO: Preferencial com co-participação e teto
SOS UNIMED: Não.
SEGURO: Não.
CARÊNCIA INICIAL: Os usuários inscritos no ato da assinatura do presente contrato farão jus ao cumprimento das seguintes carências:
Isenção: Consultas e exames de diagnóstico simples.
60 dias: Exames de diagnósticos especiais, terapia e fisioterapia.
60 dias: Cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas.
60 dias: Diálise, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, psicoterapia, internação psiquiátrica, aids, acupuntura, prótese, transplante e transplante e implante.
300 dias: Parto.

MENSALIDADE POR USUÁRIO

Faixa Etária	Enfermaria	Reajuste(%)
00 A 18 anos	R\$ 80,12	0,00
19 a 23 anos	R\$ 80,12	0,00
24 a 28 anos	R\$ 80,12	0,00
29 a 33 anos	R\$ 80,12	0,00
34 a 38 anos	R\$ 80,12	0,00
39 a 43 anos	R\$ 80,12	0,00
44 a 48 anos	R\$ 80,12	0,00
49 a 53 anos	R\$ 80,12	0,00
54 a 58 anos	R\$ 80,12	0,00
59 anos em diante	R\$ 80,12	0,00

Natal, 07 de Novembro de 2008.


CONTRATANTE:  OAB/RN


Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira

CONTRATANTE:  OAB/RN

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira

TESTEMUNHAS: 


UNIMED NATAL
Dr. Gley Nogueira Fernandes Gurjão
Diretor Presidente


UNIMED NATAL
Dr. Carlos Alexandre Cavalcanti Xavier
Diretor Vice-Presidente


Jose Wilson Unicon da Costa
Téc. Administrativo - Mat. 159
UNIMED NATAL

Rua Mipibu 511 Petrópolis cep 59020-250 Natal RN
Telefone (84) 3220 6200
www.unimednatal.com.br

Contrato nº 3816

PLANO PREFERENCIAL
PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
PADRÃO ENFERMARIA - CO-PARTICIPAÇÃO
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

Serviços de Assistência Médico-Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria de plano coletivo empresarial a preço preestabelecido - Registro Provisório de Produto na ANS sob o nº 452.382/04-2

1 - IDENTIFICAÇÃO

1.1 - Plano Preferencial

Registro de Produto na ANS nº 452.382/04-2

1.2 - Tipo de segmentação Assistencial do Plano de Saúde

1.2.1 - Serviço de Assistência Médica Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria

2 - OBJETO DO CONTRATO

2.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, de acordo com o que dispõe o inciso I, artigo 1º da Lei 9656/98, com cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetria, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2.2 - É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão de mesmo número.

2.3 - Tipo de Contratação

2.3.1 - O presente contrato é caracterizado, ainda, como Plano de Contratação Coletivo Empresarial.

3 - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

3.1 - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.451.064/0001-10, situada na Av. Junqueira Aires, nº 478, bairro: Cidade Alta, CEP 59025-280, Natal/RN, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus usuários, assim entendidas as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora contratados, na qualidade de dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, bem como seus dependentes, obedecidas as disposições da Cláusula 4.

3.2 - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA:

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibú, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, com inscrição na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 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
Rua Mipibú 511 Petrópolis cep 59020-250 Natal RN
Telefone (84) 3220 6200
www.unimednatal.com.br

04 – NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

4.1 – A natureza do presente instrumento jurídico é, de acordo com a legislação civil pátria em vigor, de adesão, oneroso e aleatório.

05 - DAS DEFINIÇÕES

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

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

ACIDENTE DO TRABALHO: Lesão física ou perturbação funcional causada pelo exercício do trabalho, de consequências imediatas, bem definida no tempo e no espaço, resultando em morte ou em incapacidade laboral, temporária ou permanente, total ou parcial, bem como aquele ocorrido no trajeto de deslocamento para o trabalho ou vice-versa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Autarquia sob o sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar.

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

AMBULATORIO: 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.

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 167, de 9 de janeiro de 2007.

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

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

BENEFICIÁRIO: é aquele que é favorecido pelo benefício.

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: O prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários 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 inscrição no plano de saúde.

CATÁLOGO/GUIA DE ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES E LABORATORIAIS DO PLANO PREFERENCIAL: relação, com os respectivos endereços, das clínicas, hospitais e laboratórios credenciados ou contratados e dos Centros de Referências para atendimento aos usuários do PLANO PREFERENCIAL.

CENTRO CLÍNICO UNIMED: Estabelecimento de assistência médica em regime ambulatorial destinado, prioritariamente, ao atendimento dos clientes do PLANO PREFERENCIAL.

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 obstetria divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim considerados aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432 de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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

CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente em termos percentuais ou valores monetários para cada procedimento realizado que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade, devendo justamente com ela ser paga, quando cobrada.

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.

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 manobria; amigo, 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.

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

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

DOENÇA DO TRABALHO: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho, desde que comprovado o nexo de causa e efeito.

DOENÇA OCUPACIONAL OU PROFISSIONAL: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinadas atividades, em função de risco específico direto.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo (titular e dependente) tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, 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 usuário em decorrência de acidente pessoal ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte. Será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

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

EXAMES BÁSICOS: são os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução RN n° 167, de 9 de janeiro de 2007 – anexo II: a) análises clínicas; b) histocitopatológicos e c) radiológicos simples sem contraste.

EXAMES ESPECIAIS: são todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução RN n° 167, de 9 de janeiro de 2007 – anexo II, 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.

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

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

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: cada um dos pagamentos efetuados pelo CONTRATANTE para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.

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 ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência 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 ADMISSÃO: 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 nas Condições Gerais do produto que está adquirindo.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução RN nº 167, de 9 de janeiro de 2007, 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, indicados no Guia Médico do Plano Preferencial.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles serviços que não são de propriedade da Unimed Natal, mas que são citadas no Guia Médico do Plano Preferencial, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.

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 dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme previsto neste instrumento.

USUÁRIO TITULAR: Para efeito deste contrato, são usuários titulares os dirigentes e empregados do CONTRATANTE, 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.

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.

06 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

6.1 - Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e rede própria ou por ela credenciada, compreendendo como área geográfica de abrangência exclusivamente os Municípios de NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAÍBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ, por intermédio de seus médicos cooperados, os quais prestarão os serviços exclusivamente na rede especial de atendimento, própria ou por ela credenciada indicada no GUIA ESPECÍFICO DO PLANO PREFERENCIAL, entregue ao CONTRATANTE no ato da contratação.

07 - DO PLANO CONTRATADO

7.1 - O presente plano de prestação de serviços médicos assistenciais é pactuado sob a modalidade de CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL, entendendo-se como tal aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica.

7.2 - Os usuários regularmente inscritos pelo CONTRATANTE farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica prevista neste contrato, utilizando-se dos serviços prestados pelos médicos cooperados, exclusivamente

nos estabelecimentos próprios da CONTRATADA, ou contratados/credenciados para atendimento ao Plano Preferencial, observadas, principalmente, as condições previstas no item A.1, B.6.1 e 12.1.

7.3 - O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

7.4 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS:
No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), será exigido o cumprimento de prazos de carência, bem como, em casos de doenças ou lesões preexistentes haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária.

7.5 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS OU MAIS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), em casos de doenças ou lesões preexistentes, não haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, nem será exigido o cumprimento de prazos de carência.

7.6 - O número mínimo de usuários para assinatura e manutenção deste contrato é estabelecido na Proposta de Admissão.

08 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

8.1 - Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados usuários titulares os dirigentes e empregados do CONTRATANTE, regularmente inscritos como tais.

8.2 - 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 empresa; também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objetos deste instrumento.

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

8.4 - São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

- o cônjuge;
- os filhos solteiros, até 21 (vinte e um) anos incompletos;
- os filhos solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, desde que na condição de estudantes universitários de graduação;
- o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- 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.

8.5 - É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o parto ou adoção;

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante;

III - Após cumprida a carência de 300 dias para parto pelo titular/dependente, aos recém-nascidos que forem incluídos no plano não poderá ser exigido cumprimento de Cobertura Parcial Temporária ou agravo, no caso de doença ou lesão preexistente. Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe) ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

IV - do recém-admitido com redução dos prazos de carência na forma abaixo, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias, a contar da admissão:

- a) **Isento:** Consultas e exames simples
- b) **180 (cento e oitenta) dias:** Exames complementares.
- c) **180 (cento e oitenta) dias:** Cirurgias ambulatoriais, diálise e hemodiálise, fisioterapia e demais procedimentos ambulatoriais especiais, constantes do ROL de procedimentos médicos, instituídos pela resolução RDC nº 82 e RDC nº 81, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- d) **180 (cento e oitenta) dias:** Internações e Cirurgias
- e) **300 (trezentos) dias:** Parto

8.6 - Ultrapassados os prazos previstos nesta cláusula, não haverá isenção de carências, devendo estas serem cumpridas integralmente.

8.7 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos junto a contratada.

8.8 - A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

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

8.10 - Também será excluído o usuário que vier a falecer.

8.11 - 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.

8.12 - Não será permitida nova inclusão de usuário dependente que tenha sido excluído deste contrato, podendo, contudo, contratar um plano em seu próprio nome, como titular, em até 30 (trinta) dias a contar da data de sua exclusão, aproveitando as carências já cumpridas para as coberturas deste contrato.

8.13 - Quando for o caso, ficará a critério da UNIMED-NATAL 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

8.14 - Sendo o CONTRATANTE sindicato ou entidade associativa, ou não tendo os usuários incluídos vínculo empregatício com a empresa CONTRATANTE, os beneficiários não farão jus aos benefícios elencados nos itens 19.1, 19.2, 20.1 e 20.2.

09 - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO PREFERENCIAL

9.1 - A UNIMED-NATAL fornecerá aos usuários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, referente ao PLANO PREFERENCIAL, com prazo de validade, 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, podendo a UNIMED-NATAL adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos seus usuários.

9.2 - É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de exclusão, seja por força de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED-NATAL, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses Cartões Individuais de Identificação;

9.2.1. - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição por exclusão, seja por força de rescisão, resolução ou resilição do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários;

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

9.3 - 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;

9.4 - 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 - DAS COBERTURAS

10.1 - Os usuários farão jus, cumpridas as carências, à cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde e todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas neste contrato e no artigo 12 da Lei 9656/98, de acordo com as seguintes segmentações:

- A - Atendimento Ambulatorial;
- B - Internação Hospitalar;
- C - Procedimentos Obstétricos.

A - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A.1 - O atendimento ambulatorial compreenderá:

A cobertura deste capítulo compreende os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos da segmentação ambulatorial editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente nesta data, **exclusivamente nas clínicas próprias da Unimed Natal (Centros Clínicos Unimed)**, que, se for o caso, encaminhará os pacientes para as demais clínicas credenciadas para atendimento ao Plano Preferencial, 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, observado o seguinte: Fazer a alteração da grafia.

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

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

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista¹, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme indicação do médico assistente;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme indicação do médico assistente;

V - Cobertura de procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano conforme indicação do médico assistente;

VI - cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;

VII - cobertura de remoção para outra unidade hospitalar, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico cooperado/assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;

VII.1 Na hipótese de o usuário estar em carência para internações hospitalares, a remoção será efetuada para um hospital SUS, quando então a responsabilidade somente cessará com a internação do paciente. No caso de haver opção por um hospital privado, as despesas referentes à internação ficarão sob a responsabilidade do paciente ou seu responsável.

VIII - no tratamento de transtornos psiquiátricos, ainda:

- a) Atendimento de emergência ao usuário, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativa de suicídio ou auto-agressão;
- b) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por médico cooperado, tendo início logo após o atendimento de emergência descrito na alínea anterior, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada a cobertura a doze sessões por ano de vigência do contrato, não cumulativas.

IX - Cobertura obrigatória para os seguintes serviços considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, nos limites previstos no anexo II da Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A.2 - As carências para os atendimentos ambulatoriais previstas neste contrato são as seguintes:

- a) 30 (trinta) dias: consultas e exames básicos de diagnóstico previstos no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- b) 180 (cento e oitenta) dias: exames especiais de diagnóstico, cirurgias ambulatoriais, diálise e hemodiálise, fisioterapia e demais procedimentos ambulatoriais especiais, constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- c) 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgência/emergência.

A.3 - Além dos procedimentos expressamente excluídos neste contrato, para a segmentação ambulatorial são excluídos, ainda:

- a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
- c) embolização; e
- d) radiologia intervencionista.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1. - Durante a internação, a CONTRATADA garante aos usuários os serviços hospitalares abaixo especificados, respeitadas as limitações específicas de cada instituição e exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, sempre obedecendo ao disposto no Guia Médico Preferencial, relacionando o procedimento ao prestador credenciado:

- a) diárias de internação hospitalar, em quarto coletivo, padrão enfermaria, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente;
 - a.1) Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da CONTRATADA, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional;
- b) cobertura de internações em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinado pelo médico assistente;
- c) exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;
- d) assistência médica através de médicos cooperados da UNIMED NATAL;

- e) medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico cooperado assistente, de acordo com a Padronização de Medicamentos da Unimed Natal;
- f) taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- g) serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- h) utilização de monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- i) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar;
- j) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos e para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar;
- k) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico coberto, podendo a CONTRATADA optar por aqueles de menor custo, desde que atendam às especificações técnicas para o caso;
- l) cobertura estritamente ambulatorial aos atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência contratual, observado os itens para a cobertura de ATENDIMENTO AMBULATORIAL e PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS;
- m) cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitam de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação;
- n) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativos clínicos necessitem de internação hospitalar;

B.1.1 – Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) nutrição parenteral ou enteral;
- c) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- d) radioterapia;
- e) hemoterapia;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no anexo I da Resolução Normativa n° 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia.

B.1.2 – Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

B.1.2.1 – Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos.

B.2 – A urgência decorrente de acidente pessoa será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte e quatro) horas;

B.3 - A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais, bem como no caso de reconstrução de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

B.4 - Os transplantes de córnea e rim, os únicos cobertos por este contrato, terão as despesas com seus procedimentos vinculados também cobertas, sem prejuízo da legislação que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- 1) despesas assistenciais com doadores vivos;
- 2) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- 3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

B.4.1 - 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.

B.5 - A carência prevista para internações é de 180 (cento e oitenta) dias.

B.6 - Procedimento para Internação Hospitalar:

B.6.1 - As internações hospitalares serão feitas exclusivamente nos Hospitais próprios da Unimed Natal, exceto nos casos em que neles não for possível a realização do procedimento solicitado, podendo, somente nesses casos, os usuários utilizarem-se dos Hospitais referenciados para atendimento ao Plano Preferencial, sendo as internações processadas mediante pedido firmado por médico cooperado que tenha atendido o usuário no Centro Clínico Unimed ou em uma das Clínicas referenciadas para o Plano Preferencial, e guia de internação expedida pela UNIMED NATAL em favor do usuário, ou ainda através de outro(s) método(s) que vier(em) a ser aprimorado(s);

B.6.2 - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem por ele responde, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a(s) guia(s) acima mencionada(s) e demais documentos que, à época, porventura se fizerem necessários, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas;

B.6.3 - Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com o documento de identidade, a guia de internação, se for o caso, e o Cartão Individual de Identificação emitidos pela UNIMED, ambos em pleno vigor, devendo o usuário, obrigatoriamente, no momento do atendimento apor a sua digital em local indicado;

B.6.4 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média histórica de dias utilizados para casos similares;

B.6.5 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responde, deverá apresentar à UNIMED NATAL a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente;

B.6.6 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de:

B.6.6.1 - Medicamentos não prescritos pelo médico cooperado/assistente ou que tenha sido prescrito levando em consideração determinada marca específica, quando na Padronização da Unimed Natal tenha sido contemplado medicamento do mesmo grupo farmacológico;

B.6.6.2 - Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos;

B.6.6.3 - Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas diretamente à cobertura, ou ainda, pelas despesas decorrentes de atendimento realizado em entidades não credenciadas para atendimento do Plano Preferencial, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;

B.6.7 - O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário à instituição prestadora do atendimento;

B.7 - 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;

B.7.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

B.8 - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

B.8.1 - 30 (trinta) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral para usuário portador de transtornos psiquiátricos, em situação de crise;

B.8.2 - 15 (quinze) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral para usuário portador de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

B.8.3 - 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, estendendo-se a cobertura para 180 (cento e oitenta) dias por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1 - A CONTRATADA assegura, às usuárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, quando solicitados por médico cooperado e realizados exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados observadas as condições a seguir;

C.2 - As carências previstas para a cobertura obstétrica são as seguintes:

- consultas e exames básicos de diagnóstico: 30 (trinta) dias
- exames especiais de diagnóstico: 180 (cento e oitenta) dias
- parto: 300 (trezentos) dias;
- Urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas.

C.3 - 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.4 - 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 n° 13, de 03/11/1998;

C.5 - No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares acima referido, 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 Unimed Natal apenas após o efetivo registro do paciente no SUS;

C.6 - Estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural do titular ou dependente, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, desde que feitas nas condições previstas neste contrato, inclusive quanto à rede especial referenciada para atendimento ao Plano Preferencial. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

C.7 - 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.8 – Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

C.9 – 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.

11 – DAS EXCLUSÕES

11.1 - Estão **excluídas** deste contrato as coberturas referentes a:

- a) doenças não relacionadas na CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10, da Organização Mundial da Saúde;
- b) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou outro órgão que a substitua, cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- c) atendimento médico-hospitalar nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas;
- d) consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- e) vacinas de qualquer natureza; medicamentos e materiais médico-hospitalares importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam iguais ou inferiores aos nacionais;
- f) transplantes, exceto de rins e córneas, os quais também terão cobertura para os procedimentos vinculados;
- g) despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;
- h) cirurgias plásticas, exceto a reparadora, nos termos já definidos no presente instrumento;
- i) tratamento e/ou cirurgias para alterações somáticas e outros com finalidade estética ou cosmética;
- j) medicamentos e materiais médico-hospitalares, exceto em internações e atendimento em pronto-socorro;
- k) exames para a determinação de paternidade (DNA e similares);
- l) aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ou, em qualquer caso, para fins estéticos;
- m) aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- n) exames para ginástica e piscina;
- o) procedimentos odontológicos, exceto nos casos expressamente previstos neste instrumento;
- p) fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, quando ultrapassados os limites previstos no Anexo I da Resolução Normativa n° 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (seis sessões por ano contratual);
- q) despesas efetuadas fora da abrangência geográfica deste contrato;
- r) procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos para referência de cobertura, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou aqueles que estejam em desacordo ou ultrapassem os limites previstos no mesmo rol;
- s) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- t) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não-nacionalizados;
- u) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- v) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

11.2 - 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;

11.3 - Os procedimentos de: Acicarnitinas (Perfil quantitativo e qualitativo), Análise molecular de DNA para doenças genéticas, Avidez de IG para toxoplasmose, Biópsia percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (memotomia), Cirurgia Refrativa (PRK ou lasik), Citomegalovirus qualitativo por PCR, Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida, Dermolipectomia, D-dímero, Eletroforese de proteínas de alta resolução, Fator VLeiden, análise de mutação, Galactose 1 - fosfatidiltransferase, Gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), Hepatite B - teste quantitativo, Hepatite C - Genotipagem, Implante de Desfibrilador Interno, placas, eletrodos e gerador, Implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos, Imuofixação para proteínas, Inibidor dos fatores da hemostasia, Laqueadura tubária laparoscópica e Vasectomia, Mamografia digital, succinil acetona, Técnicas citogenéticas moleculares - FISH, Teste de Inclinação ortostática (Tilt Test), X-frágil e análise molecular somente terão cobertura dentro dos limites e condições estabelecidos nas "Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar", de que trata o Anexo II da Resolução Normativa n° 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

12 - DAS CARÊNCIAS (INÍCIO DO DIREITO À UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS)

12.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos e aceitos pela UNIMED NATAL, após o cumprimento das carências a seguir especificadas, ressalvados os casos especiais previstos neste contrato.

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência nos termos da lei, **para atendimento exclusivamente ambulatorial, na forma prevista nos itens "B" e "C" deste instrumento contratual e na Resolução n° 13, do Conselho de Saúde Suplementar;**
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para as demais cirurgias;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para internações;
- h) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos;
- i) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- j) 24 (vinte e quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

13 - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

13.1 - No ato da inclusão inicial ou posteriores, o usuário titular preencherá o formulário de declaração de saúde, elaborado pela UNIMED-NATAL, obrigando-se a informar a condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sua e de seus dependentes, sob pena de sua omissão caracterizar fraude contratual.

13.2 - O usuário poderá solicitar um profissional médico para orientá-lo no preenchimento do formulário de declaração de saúde. A UNIMED-NATAL disponibilizará um médico auditor que, por livre escolha e sem ônus para o usuário, procederá a entrevista orientadora. O usuário poderá ser orientado por profissional distinto do indicado pela UNIMED-NATAL, devendo, nesta hipótese, assumir o ônus decorrente dessa entrevista.

13.3 - Ficará a critério da UNIMED-NATAL 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 probatória de suas declarações.

13.4 - Constatada por pericia, ou na entrevista, ou através da declaração de saúde do usuário, a existência de lesão ou doença preexistente, ser-lhe-ão oferecidas as alternativas de cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou, a partir de 3 de dezembro de 1999, nos termos da resolução número 17 de 23 de março de 1999, do CONSU, o agravamento do valor da mensalidade do contrato.

13.5 - A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do usuário, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente não informada na declaração de saúde caracterizará fraude, sujeitando o usuário, a critério da UNIMED-NATAL, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

13.6 - Nos termos da Resolução CONSU nº 14, de 03 de novembro de 1998, não se aplicam as disposições desta cláusula nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão ou coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que cinquenta.

14 - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Os serviços assegurados neste instrumento serão prestados aos usuários regularmente inscritos pelo CONTRATANTE e aceitos pela UNIMED-NATAL, através dos profissionais e entidades credenciadas para atendimento ao PLANO PREFERENCIAL, que utilizarão rede especial, constante do GUIA MÉDICO DO PLANO PREFERENCIAL, da seguinte forma:

14.1 - As consultas médicas serão obrigatoriamente realizadas, previamente, no Centro Clínico Unimed de Atendimento ao Plano Preferencial, que, se for o caso, encaminhará os pacientes para o atendimento clínico, cirúrgico ou ambulatorial nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados para atendimento do PLANO PREFERENCIAL. Nos casos de urgência ou emergência, os usuários poderão dirigir-se **exclusivamente aos pronto-socorros credenciados para atendimento aos usuários inscritos no Plano Preferencial.**

14.2 - Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela UNIMED NATAL, através da rede própria ou contratada para atendimento do PLANO PREFERENCIAL.

14.3 - 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 da CONTRATADA, exceto nos casos em que o serviço solicitado não estiver disponível no referido hospital, quando então o usuário deverá procurar outro estabelecimento hospitalar que mantenha, também, credenciamento para atendimento do Plano Preferencial.

14.4 - Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela UNIMED NATAL, em pleno vigor, devendo apor a sua digital em local indicado, no momento do atendimento.

14.5 - O prazo de internação será fixado pela UNIMED NATAL e constará da guia expedida.

14.6 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responde deverá apresentar à UNIMED NATAL a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente com justificativa.

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

14.8 - 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.

14.9 - A UNIMED-NATAL não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos associados com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

14.10 - Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma doença.

14.11 - Serão distribuídos ao CONTRATANTE o GUIA MÉDICO DO PLANO PREFERENCIAL, editados pela UNIMED NATAL, informando a relação de seus prestadores de serviços, laboratórios, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas.

14.12 - A UNIMED NATAL não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

15 - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

15.1 - A UNIMED NATAL assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo titular ou dependente, com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro da área de abrangência do contrato, quando não for, comprovadamente, possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados para atendimento do PLANO PREFERENCIAL.

15.2 - 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 do PLANO PREFERENCIAL, 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:

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

15.3 - 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 usuários do Plano Preferencial.

15.4 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

16 - PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1 - 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.

16.2 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores relacionados nos quadros abaixo, para efeito de mensalidade.

Faixas Etárias	Mensalidade	Variação
	R\$	Percentual (%)
00 - 18	80,12	0,00
19 - 23	80,12	0,00
24 - 28	80,12	0,00
29 - 33	80,12	0,00
34 - 38	80,12	0,00
39 - 43	80,12	0,00
44 - 48	80,12	0,00
49 - 53	80,12	0,00
54 - 58	80,12	0,00
59 ou mais	80,12	0,00

16.3 - As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, obedecido o disposto nos quadros acima. Ocorrendo alteração na idade de quaisquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês de aniversário do usuário.

16.4 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver,

16.5 - Ocorrendo impropriedade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais;

16.6 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA rescindir o presente instrumento;

16.7 - 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 subsequentes.

16.8 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disciplinado neste instrumento.

16.8.1 - 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.

17 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

17.1 - Além da mensalidade normal, será da responsabilidade da CONTRATANTE, a título de CO-PARTICIPAÇÃO nas coberturas, o pagamento de 30% (trinta por cento) sobre todas as consultas e 20% (vinte por cento) sobre todos os exames, básicos ou especiais, bem como sobre todos os procedimentos realizados em regime ambulatorial, o que será calculado segundo a Tabela de Referência da CONTRATADA.

17.1.1 - A co-participação prevista nos itens acima não incidirá sobre os exames realizados em regime de internação e nem sobre os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise, ainda que realizados em regime ambulatorial, e o valor máximo a ser pago por cada procedimento utilizado, a título de co-participação, é de R\$ 30,00 (trinta reais).

17.1.2 - A responsabilidade pelo pagamento da co-participação, pela CONTRATANTE, perdurará ainda que a conta seja apresentada após a saída do usuário do plano.

18 - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

18.1 - Os valores previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, 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.

18.2 - Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, 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.

18.3 - Se, por qualquer motivo, a UNIMED NATAL 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.

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

18.5 - Caso ocorram aumentos de sinistralidade, tributos, contribuições governamentais, empréstimos compulsórios, retenção de ativos financeiros por determinação governamental ou quaisquer outras variações econômicas que porventura venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a UNIMED NATAL poderá pleitear perante os órgãos oficiais competentes a aplicação de medidas que restabeleçam este equilíbrio.

18.6 - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o associado titular, unificando-se as respectivas datas base.

18.6.1 - Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas na presente cláusula.

19 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

19.1 - Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a contar da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, prorrogando-se automaticamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar por escrito, respeitando o período mínimo de 30 (trinta) dias de aviso prévio, sem quaisquer ônus, ficando todavia, impedido de incluir ou excluir usuários (titulares ou dependentes).

20 - DA RESCISÃO DO CONTRATO

20.1 - A UNIMED-NATAL poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

20.2 - Este contrato também poderá ser rescindido, em qualquer época, independente de notificação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:

- qualquer ato ilícito ou fraude praticado pelos associados, na utilização do objeto deste contrato;
- abuso, considerado como tal a utilização indevida e desnecessária dos serviços contratados;
- utilização indevida do cartão individual de identificação da UNIMED NATAL;
- omissão ou distorção das informações, prestadas pelo usuário, em prejuízo da UNIMED NATAL ou do resultado de perícias e exames;
- descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades prevista nestes contrato;

- f) não concordância por parte do CONTRATANTE com os índices de reajustes estipulados;
- g) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

20.2.1 - A critério da UNIMED NATAL, em substituição à rescisão do contrato, poder-se-á optar, mediante prévio aviso ao CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado.

20.3 - Antes do término do prazo mínimo de vigência contratual prevista neste instrumento, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

20.3.1 - A rescisão dentro do período mínimo de vigência facultará a UNIMED NATAL cobrar do CONTRATANTE a diferença entre o custo operacional dos serviços utilizados e à disposição e a receita das mensalidades pagas por ele, desde que o valor do custo seja superior ao da receita.

20.4 - Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da UNIMED NATAL quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto intimação, 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.

20.5 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED NATAL, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários inscritos ou a seus dependentes, cessadas as responsabilidades da UNIMED NATAL após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, bem como aquelas coberturas defendidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

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

21- DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O USUÁRIO DEDITADO

21.1 - A UNIMED-NATAL assegura ao usuário titular que contribuir para o plano de saúde em razão de seu vínculo empregatício com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de usuário, juntamente com o grupo familiar a ele vinculado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho desde que assuma o pagamento integral da parcela anteriormente da responsabilidade do CONTRATANTE.

21.2 - O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

21.3 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.

21.4 - O usuário que for demitido, mas que possuir outro emprego ou outra fonte de renda não poderá gozar do benefício previsto nesta cláusula, assim como a condição de usuário deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em novo emprego.

21.5 - O usuário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito ao benefício aqui estabelecido.

21.6 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

22 - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O USUÁRIO APOSENTADO

22.1 - A UNIMED-NATAL assegura ao usuário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como usuário juntamente com o grupo familiar a ele vinculado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

22.2 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no caput, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

22.3 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.

22.4 - A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em emprego.

22.5 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

22.6 - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a permanecer no plano, conforme aqui estabelecido.

22.7 - Exclusivamente em decorrência de cancelamento deste contrato, falência ou por qualquer hipótese de encerramento das atividades do CONTRATANTE, a UNIMED-NATAL disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de usuários inscritos, com preços normais de comercialização aos demais usuários, sem necessidade de novo cumprimento dos prazos de carência já cumpridos, desde que o interessado faça opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado do cancelamento.

22.8 - Constitui obrigação do CONTRATANTE informar, em tempo hábil, aos seus empregados sobre o cancelamento do contrato, de forma a permitir a opção no prazo estipulado.

23 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1 - O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED NATAL.

23.2 - O 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.

23.3 - 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.

23.4 - 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.

23.5 - 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 UNIMED NATAL o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares do PLANO PREFERENCIAL.

23.6 - A UNIMED NATAL reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, sempre obedecendo ao que dispõe a legislação específica a esse respeito.

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

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



23.9 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

23.10 - É obrigação do CONTRATANTE fornecer ao usuário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, de seus anexos, bem como do **GUIA MÉDICO DO PLANO PREFERENCIAL**.

21.11 - Fica eleito o foro da sede da UNIMED NATAL 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:

- 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.
- 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.
- 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.

Consequentemente, nos comprometemos a informar aos usuários finais os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, bem como a possibilidade de utilização dos serviços exclusivamente nos estabelecimentos credenciados para atendimento do Plano Preferencial.

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, 07 de Novembro de 2008

UNIMED NATAL
Dr. Gley Nogueira Fernandes Gurjão
Diretor Presidente

UNIMED NATAL
Dr. Carlos Alexandre Cavalcanti Xavier
Diretor Vice-Presidente

Valdineia
OAB/RN
CONTRATANTE
Valdineia Nóbrega
Diretora Tesoureira
TESTEMUNHAS:

Valdineia
OAB/RN
CONTRATANTE
Valdineia Nóbrega
Diretora Tesoureira

Nome: LUCILEIA DANAS DE LIMA
CPF: 500.677.004-77

Nome: Silvia Maria dos Santos Dias
CPF: 307.258.434-04

DECLARAÇÃO

CONTRATANTE: **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE**

CÓDIGO DO CONTRATO: **3816**

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 EMPRESARIAL AMPLO E, e registro SIMPAS nº 451.283/04-9, com a segmentação prevista no referido artigo 10 da Lei 9.656/98.

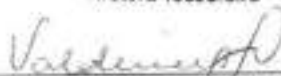
Declaramos ainda que recusamos a oferta do plano-referência, optando pelo plano EMPRESARIAL PREFERENCIAL C - E com segmentação distinta.

Natal, _____ de _____ de _____.



CONTRATANTE

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira



CONTRATANTE

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira

SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - UNIMED NATAL
Rua Mipibu, 511 - Petrópolis - Natal/RN - CEP 59020-250 - Telefax (84) 3220.6200
www.unimednatal.com.br





Nº 3816 (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE) VENDEDOR: EDERALDO VIANA

PROPOSTA DE ADMISSÃO - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL PLANO PREFERENCIAL C - E

CONTRATADA: Unimed Natal Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ/MF - 08.380.701/0001-05
CONTRATANTE: ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE CNPJ: 08.451.064/0001-10
INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento **RAMO DE NEGÓCIO:** Administração Pública em geral
ENDEREÇO: Av. Junqueira Aires, nº 478, Cidade Alta, Natal/RN, CEP: 59025-280
TELEFAX: (84) 4008-9426
CONTATO: Sra Kadidja
DIRETOR: Sr Paulo Eduardo P. Teixeira
NÚMERO DE USUÁRIOS: 25
TITULAR: 21
DEPENDENTE: 04
PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: Doze meses, a partir de 07/11/2008
VENCIMENTO DA FATURA: Dia 10 (dez) de cada mês.
MODALIDADE: Enfermaria
TIPO DE CONTRATO: Preferencial com co-participação e teto
SOS UNIMED: Não.
SEGURO: Não.
CARÊNCIA INICIAL: Os usuários inscritos no ato da assinatura do presente contrato farão jus ao cumprimento das seguintes carências:
Isenção: Consultas e exames de diagnóstico simples.
60 dias: Exames de diagnósticos especiais, terapia e fisioterapia,
60 dias: Cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas.
60 dias: Diálise, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, psicoterapia, internação psiquiátrica, aids, acupuntura, prótese, transplante e transplante e implante.
300 dias: Parto.

MENSALIDADE POR USUÁRIO

Faixa Etária	Enfermaria	Reajuste(%)
00 A 18 anos	R\$ 80,12	0,00
19 a 23 anos	R\$ 80,12	0,00
24 a 28 anos	R\$ 80,12	0,00
29 a 33 anos	R\$ 80,12	0,00
34 a 38 anos	R\$ 80,12	0,00
39 a 43 anos	R\$ 80,12	0,00
44 a 48 anos	R\$ 80,12	0,00
49 a 53 anos	R\$ 80,12	0,00
54 a 58 anos	R\$ 80,12	0,00
59 anos em diante	R\$ 80,12	0,00

Natal, 07 de Novembro de 2008

CONTRATANTE

Valderice Nóbrega
OAB/RN

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira

CONTRATANTE

Valderice Nóbrega
OAB/RN

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira

TESTEMUNHAS

[Assinatura]

[Assinatura]
UNIMED NATAL
Dr. Oley Nogueira Fernandes Gurjão
Diretor Presidente

[Assinatura]
UNIMED NATAL
Dr. Carlos Alexandre Civalcanti Xavier
Superior Vice-Presidente

Jose MARCO CASCÃO DA COSTA
Téc. Administrativo - Mat. 159
UNIMED NATAL

Contrato nº 3816

PLANO PREFERENCIAL
PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
PADRÃO ENFERMARIA - CO-PARTICIPAÇÃO
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

Serviços de Assistência Médico-Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia de plano coletivo empresarial a preço preestabelecido - Registro Provisório de Produto na ANS sob o nº 452.382/04-2

1 - IDENTIFICAÇÃO

1.1 - Plano Preferencial

Registro de Produto na ANS nº 452.382/04-2

1.2 - Tipo de segmentação Assistencial do Plano de Saúde

1.2.1 - Serviço de Assistência Médica Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

2 - OBJETO DO CONTRATO

2.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, de acordo com o que dispõe o inciso I, artigo 1 da Lei 9656/98, com cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2.2 - É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão de mesmo número.

2.3 - Tipo de Contratação

2.3.1 - O presente contrato é caracterizado, ainda, como Plano de Contratação Coletivo Empresarial.

3 - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

3.1 - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.451.064/0001-10, situada na Av. Junqueira Aires, nº 478, bairro: Cidade Alta, CEP 59025-280, Natal/RN, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus usuários, assim entendidas as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora contratados, na qualidade de dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, bem como seus dependentes, obedecidas as disposições da Cláusula 4.

3.2 - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA:

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.380.701/0001-05, situada na Rua Mipibú, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, com inscrição na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 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 conveniado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

04 – NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

4.1 – A natureza do presente instrumento jurídico é, de acordo com a legislação civil pátria em vigor, de adesão, oneroso e aleatório.

05 - DAS DEFINIÇÕES

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

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

ACIDENTE DO TRABALHO: Lesão física ou perturbação funcional causada pelo exercício do trabalho, de conseqüências imediatas, bem definida no tempo e no espaço, resultando em morte ou em incapacidade laboral, temporária ou permanente, total ou parcial, bem como aquele ocorrido no trajeto de deslocamento para o trabalho ou vice-versa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Autarquia sob o sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar.

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

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.

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 n° 167, de 9 de janeiro de 2007.

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: é aquele que é favorecido pelo benefício.

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 freqüência 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: O prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários 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.

CATÁLOGO/GUIA DE ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES E LABORATORIAIS DO PLANO PREFERENCIAL: relação, com os respectivos endereços, das clínicas, hospitais e laboratórios credenciados ou contratados e dos Centros de Referências para atendimento aos usuários do PLANO PREFERENCIAL.

CENTRO CLÍNICO UNIMED: Estabelecimento de assistência médica em regime ambulatorial destinado, prioritariamente, ao atendimento dos clientes do PLANO PREFERENCIAL.

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: é a suspensão pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim considerados aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS n° 3.432 de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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

CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente em termos percentuais ou valores monetários para cada procedimento realizado que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade, devendo justamente com ela ser paga, quando cobrada.

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.

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; arrigado, 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.

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

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

DOENÇA DO TRABALHO: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho, desde que comprovado o nexo de causa e efeito.

DOENÇA OCUPACIONAL OU PROFISSIONAL: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinadas atividades, em função de risco específico direto.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo (titular e dependente) tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, 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 usuário em decorrência de acidente pessoal ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte. Será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

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

EXAMES BÁSICOS: são os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução RN n° 167, de 9 de janeiro de 2007 – anexo II: a) análises clínicas; b) histocitopatológicos e c) radiológicos simples sem contraste.

EXAMES ESPECIAIS: são todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução RN n° 167, de 9 de janeiro de 2007 – anexo II, 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.

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

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

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: cada um dos pagamentos efetuados pelo CONTRATANTE para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.

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 ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência 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 ADMISSÃO: 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 nas Condições Gerais do produto que está adquirindo.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução RN n° 167, de 9 de janeiro de 2007, 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, indicados no Guia Médico do Plano Preferencial.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles serviços que não são de propriedade da Unimed Natal, mas que são citadas no Guia Médico do Plano Preferencial, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n° 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 dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme previsto neste instrumento.

USUÁRIO TITULAR: Para efeito deste contrato, são usuários titulares os dirigentes e empregados do CONTRATANTE, 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.

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.

06 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

6.1 - Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e rede própria ou por ela credenciada, compreendendo como área geográfica de abrangência exclusivamente os Municípios de NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAÍBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ, por intermédio de seus médicos cooperados, os quais prestarão os serviços exclusivamente na rede especial de atendimento, própria ou por ela credenciada indicada no GUIA ESPECÍFICO DO PLANO PREFERENCIAL, entregue ao CONTRATANTE no ato da contratação.

07 - DO PLANO CONTRATADO

7.1 - O presente plano de prestação de serviços médicos assistenciais é pactuado sob a modalidade de CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL, entendendo-se como tal aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica.

7.2 - Os usuários regularmente inscritos pelo CONTRATANTE farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica prevista neste contrato, utilizando-se dos serviços prestados pelos médicos cooperados, exclusivamente.

nos estabelecimentos próprios da CONTRATADA, ou contratados/credenciados para atendimento ao Plano Preferencial, observadas, principalmente, as condições previstas no item A.1, B.6.1 e 12.1.

7.3 - O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

7.4 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), será exigido o cumprimento de prazos de carência, bem como, em casos de doenças ou lesões preexistentes haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária.

7.5 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS OU MAIS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), em casos de doenças ou lesões preexistentes, não haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, nem será exigido o cumprimento de prazos de carência.

7.6 - O número mínimo de usuários para assinatura e manutenção deste contrato é estabelecido na Proposta de Admissão.

08 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

8.1 - Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados usuários titulares os dirigentes e empregados do CONTRATANTE, regularmente inscritos como tais.

8.2 - 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 empresa; também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objetos deste instrumento.

8.3 - 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.

8.4 - 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.

8.5 - É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o parto ou adoção;

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante;

III - Após cumprida a carência de 300 dias para parto pelo titular dependente, aos recém-nascidos que forem incluídos no plano não poderá ser exigido cumprimento de Cobertura Parcial Temporária ou agravo, no caso de doença ou lesão preexistente. Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe) ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

IV - do recém-admitido com redução dos prazos de carência na forma abaixo, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias, a contar da admissão:

- a) **Isento:** Consultas e exames simples
- b) **180 (cento e oitenta) dias:** Exames complementares.
- c) **180 (cento e oitenta) dias:** Cirurgias ambulatoriais, diálise e hemodiálise, fisioterapia e demais procedimentos ambulatoriais especiais, constantes do ROL de procedimentos médicos, instituídos pela resolução RDC nº 82 e RDC nº 81, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- d) **180 (cento e oitenta) dias:** Internações e Cirurgias
- e) **300 (trezentos) dias:** Parto

8.6 - Ultrapassados os prazos previstos nesta cláusula, não haverá isenção de carências, devendo estas serem cumpridas integralmente.

8.7 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos junto a contratada.

8.8 - A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

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

8.10 - Também será excluído o usuário que vier a falecer.

8.11 - 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;

8.12 - Não será permitida nova inclusão de usuário dependente que tenha sido excluído deste contrato, podendo, contudo, contratar um plano em seu próprio nome, como titular, em até 30 (trinta) dias a contar da data de sua exclusão, aproveitando as carências já cumpridas para as coberturas deste contrato;

8.13 - Quando for o caso, ficará a critério da UNIMED-NATAL 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

8.14 - Sendo o CONTRATANTE sindical ou entidade associativa, ou não tendo os usuários incluídos vínculo empregatício com a empresa CONTRATANTE, os beneficiários não farão jus aos benefícios elencados nos itens 19.1, 19.2, 20.1 e 20.2.

09 - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO PREFERENCIAL

9.1 - A UNIMED-NATAL fornecerá aos usuários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, referente ao PLANO PREFERENCIAL, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legítima reconhecido e a aposição de digital em local indicado, no momento do atendimento, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a UNIMED-NATAL adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos seus usuários.

9.2 - É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de exclusão, seja por força de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED-NATAL, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses Cartões Individuais de Identificação;

9.2.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição por exclusão, seja por força de rescisão, resolução ou rescisão do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários;

9.2.2 - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da UNIMED-NATAL, poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências;

9.3 - 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;

9.4 - 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 – DAS COBERTURAS

10.1 – Os usuários farão jus, cumpridas as carências, à cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde e todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas neste contrato e no artigo 12 da Lei 9656/98, de acordo com as seguintes segmentações:

- A - Atendimento Ambulatorial;
- B - Internação Hospitalar;
- C - Procedimentos Obstétricos.

A - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A.1 – O atendimento ambulatorial compreenderá:

A cobertura deste capítulo compreende os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos da segmentação ambulatorial editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente nesta data, **exclusivamente nas clínicas próprias da Unimed Natal (Centros Clínicos Unimed)**, que, se for o caso, encaminhará os pacientes para **as demais clínicas credenciadas para atendimento ao Plano Preferencial**, 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, observado o seguinte: Fazer a alteração da grafia.

I - cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-nata, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista¹, fonocardiologista e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme indicação do médico assistente;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução Normativa n° 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme indicação do médico assistente;

V - Cobertura de procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano conforme indicação do médico assistente;

VI - cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;

VII - cobertura de remoção para outra unidade hospitalar, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico cooperado/assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente;

VII.1 Na hipótese de o usuário estar em carência para internações hospitalares, a remoção será efetuada para um hospital SUS, quando então a responsabilidade somente cessará com a internação do paciente. No caso de haver opção por um hospital privado, as despesas referentes à internação ficarão sob a responsabilidade do paciente ou seu responsável.

VIII - no tratamento de transtornos psiquiátricos, ainda:

- a) Atendimento de emergência ao usuário, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativa de suicídio ou auto-agressão;
- b) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por médico cooperado, tendo início logo após o atendimento de emergência descrito na alínea anterior, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada a cobertura a doze sessões por ano de vigência do contrato, não cumulativas.

IX - Cobertura obrigatória para os seguintes serviços considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, nos limites previstos no anexo II da Resolução Normativa nº 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A.2 - As carências para os atendimentos ambulatoriais previstas neste contrato são as seguintes:

- a) 30 (trinta) dias: consultas e exames básicos de diagnóstico previstos no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução Normativa nº 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- b) 180 (cento e oitenta) dias: exames especiais de diagnóstico, cirurgias ambulatoriais, diálise e hemodiálise, fisioterapia e demais procedimentos ambulatoriais especiais, constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa nº 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- c) 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgência/emergência.

A.3 - Além dos procedimentos expressamente excluídos neste contrato, para a segmentação ambulatorial são excluídos, ainda:

- a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
- c) embolização; e
- d) radiologia intervencionista.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1. - Durante a internação, a CONTRATADA garante aos usuários os serviços hospitalares abaixo especificados, respeitadas as limitações específicas de cada instituição e exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, sempre obedecendo ao disposto no Guia Médico Preferencial, relacionando o procedimento ao prestador credenciado:

- a) diárias de internação hospitalar, em quarto coletivo, padrão enfermagem, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente;
 - a.1) Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da CONTRATADA, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional;
- b) cobertura de internações em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinado pelo médico assistente;
- c) exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;
- d) assistência médica através de médicos cooperados da UNIMED NATAL;

- e) medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico cooperado assistente, de acordo com a Padronização de Medicamentos da Unimed Natal;
- f) taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- g) serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- h) utilização de monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- i) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar;
- j) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos e para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar**;
- k) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico coberto, podendo a CONTRATADA optar por aqueles de menor custo, desde que atendam às especificações técnicas para o caso;
- l) cobertura estritamente ambulatorial aos atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência contratual, observado os itens para a cobertura de ATENDIMENTO AMBULATORIAL e PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS;
- m) cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação;
- n) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativos clínicos necessitem de internação hospitalar;

B.1.1 – Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) nutrição parenteral ou enteral;
- c) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- d) radioterapia;
- e) hemoterapia;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no anexo I da Resolução Normativa n° 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia.

B.1.2 – Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

B.1.2.1 – Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos.

B.2 – A urgência decorrente de acidente pessoa será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte e quatro) horas;

B.3 - A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais, bem como no caso de reconstrução de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

B.4 - Os transplantes de córnea e rim, os únicos cobertos por este contrato, terão as despesas com seus procedimentos vinculados também cobertas, sem prejuízo da legislação que normaliza estes procedimentos, incluindo:

- 1) despesas assistenciais com doadores vivos;
- 2) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- 3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

B.4.1 - 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.

B.5 - A carência prevista para internações é de 180 (cento e oitenta) dias.

B.6 - Procedimento para Internação Hospitalar:

B.6.1 - As internações hospitalares serão feitas exclusivamente nos Hospitais próprios da Unimed Natal, exceto nos casos em que neles não for possível a realização do procedimento solicitado, podendo, somente nesses casos, os usuários utilizarem-se dos Hospitais referenciados para atendimento ao Plano Preferencial, sendo as internações processadas mediante pedido firmado por médico cooperado que tenha atendido o usuário no Centro Clínico Unimed ou em uma das Clínicas referenciadas para o Plano Preferencial, e guia de internação expedida pela UNIMED NATAL em favor do usuário, ou ainda através de outro(s) método(s) que vier(em) a ser aprimorado(s);

B.6.2 - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a(s) guia(s) acima mencionada(s) e demais documentos que, à época, porventura se fizerem necessários, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas;

B.6.3 - Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com o documento de identidade, a guia de internação, se for o caso, e o Cartão Individual de Identificação emitidos pela UNIMED, ambos em pleno vigor, devendo o usuário, obrigatoriamente, no momento do atendimento apor a sua digital em local indicado;

B.6.4 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média histórica de dias utilizados para casos similares;

B.6.5 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda, deverá apresentar à UNIMED NATAL a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente;

B.6.6 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de:

B.6.6.1 - Medicamentos não prescritos pelo médico cooperado/assistente ou que tenha sido prescrito levando em consideração determinada marca específica, quando na Padronização da Unimed Natal tenha sido contemplado medicamento do mesmo grupo farmacológico;

B.6.6.2 - Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos;

B.6.6.3 - Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas diretamente à cobertura, ou ainda, pelas despesas decorrentes de atendimento realizado em entidades não credenciadas para atendimento do Plano Preferencial, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;

B.6.7 - O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário à instituição prestadora do atendimento;

B.7 - 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;

B.7.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

B.8 - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

B.8.1. - 30 (trinta) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral para usuário portador de transtornos psiquiátricos, em situação de crise;

B.8.2 - 15 (quinze) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral para usuário portador de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

B.8.3 - 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, estendendo-se a cobertura para 180 (cento e oitenta) dias por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1 - A CONTRATADA assegura, às usuárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, quando solicitados por médico cooperado e realizados exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados observadas as condições a seguir;

C.2. - As carências previstas para a cobertura obstétrica são as seguintes:

- a) consultas e exames básicos de diagnóstico: 30 (trinta) dias
- b) exames especiais de diagnóstico: 180 (cento e oitenta) dias
- c) parto: 300 (trezentos) dias;
- d) Urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas.

C.3 - 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.4 - 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 n° 13, de 03/11/1998;

C.5 - No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares acima referido, 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 Unimed Natal apenas após o efetivo registro do paciente no SUS;

C.6 - Estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural do titular ou dependente, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, desde que feitas nas condições previstas neste contrato, inclusive quanto à rede especial referenciada para atendimento ao Plano Preferencial. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

C.7 - 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.8 – Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

C.9 – 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.

11 – DAS EXCLUSÕES

11.1 - Estão excluídas deste contrato as coberturas referentes a:

- a) doenças não relacionadas na CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10, da Organização Mundial da Saúde;
- b) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou outro órgão que a substitua, cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- c) atendimento médico-hospitalar nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas;
- d) consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- e) vacinas de qualquer natureza; medicamentos e materiais médico-hospitalares importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam iguais ou inferiores aos nacionais;
- f) transplantes, exceto de rins e cómeas, os quais também terão cobertura para os procedimentos vinculados;
- g) despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;
- h) cirurgias plásticas, exceto a reparadora, nos termos já definidos no presente instrumento;
- i) tratamento e/ou cirurgias para alterações somáticas e outros com finalidade estética ou cosmética;
- j) medicamentos e materiais médico-hospitalares, exceto em internações e atendimento em pronto-socorro;
- k) exames para a determinação de paternidade (DNA e similares);
- l) aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios não ligadas ao ato cirúrgico, ou, em qualquer caso, para fins estéticos;
- m) aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- n) exames para ginástica e piscina;
- o) procedimentos odontológicos, exceto nos casos expressamente previstos neste instrumento;
- p) fonocardiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, quando ultrapassados os limites previstos no Anexo I da Resolução Normativa n° 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (seis sessões por ano contratual);
- q) despesas efetuadas fora da abrangência geográfica deste contrato;
- r) procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos para referência de cobertura, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou aqueles que estejam em desacordo ou ultrapassem os limites previstos no mesmo rol;
- s) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- t) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não-nacionalizados;
- u) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- t) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

11.2 - 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;

11.3 - Os procedimentos de: Acilcarnitinas (Perfil quantitativo e qualitativo), Análise molecular de DNA para doenças genéticas, Avidéz de IG para toxoplasmose, Biópsia percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (mamotomia), Cirurgia Refrativa (PRK ou lasik), Citomegalovirus qualitativo por PCR, Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida, Dermolipectomia, D-dímero, Eletroforese de proteínas de alta resolução, Fator VLeiden, análise de mutação, Galactose 1 - fosfalburidiltransferase, Gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), Hepatite B - teste quantitativo, Hepatite C - Genotipagem, Implante de Destribilador interno, placas, eletrodos e gerador, implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos, Imuofixação para proteínas, Inibidor dos fatores da hemostasia, Laqueadura tubária laparoscópica e Vasectomia, Mamografia digital, succinil acetona, Técnicas citogenéticas moleculares - FISH, Teste de inclinação ortostática (Tilt Test), X-frágil e análise molecular somente terão cobertura dentro dos limites e condições estabelecidos nas "Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar", de que trata o Anexo II da Resolução Normativa nº 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

12 - DAS CARÊNCIAS (INÍCIO DO DIREITO À UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS)

12.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos e aceitos pela UNIMED NATAL, após o cumprimento das carências a seguir especificadas, ressalvados os casos especiais previstos neste contrato:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência nos termos da lei, para atendimento exclusivamente ambulatorial, na forma prevista nos itens "B" e "C" deste instrumento contratual e na Resolução nº 13, do Conselho de Saúde Suplementar;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para as demais cirurgias;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para diálise, hemodálise e fisioterapia;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para internações;
- h) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos;
- i) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- j) 24 (vinte e quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

13 - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

13.1 - No ato da inclusão inicial ou posteriores, o usuário titular preencherá o formulário de declaração de saúde, elaborado pela UNIMED-NATAL, obrigando-se a informar a condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sua e de seus dependentes, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

13.2 - O usuário poderá solicitar um profissional médico para orientá-lo no preenchimento do formulário de declaração de saúde. A UNIMED-NATAL disponibilizará um médico auditor que, por livre escolha e sem ônus para o usuário, procederá a entrevista orientadora. O usuário poderá ser orientado por profissional distinto do indicado pela UNIMED-NATAL, devendo, nesta hipótese, assumir o ônus decorrente dessa entrevista.

13.3 - Ficará a critério da UNIMED-NATAL 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 probatória de suas declarações.

13.4 - Constatada por perícia, ou na entrevista, ou através da declaração de saúde do usuário, a existência de lesão ou doença preexistente, ser-lhe-ão oferecidas as alternativas de cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou, a partir de 3 de dezembro de 1999, nos termos da resolução número 17 de 23 de março de 1999, do CONSU, o agravamento do valor da mensalidade do contrato.

13.5 - A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do usuário, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente não informada na declaração de saúde caracterizará fraude, sujeitando o usuário, a critério da UNIMED-NATAL, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

13.6 - Nos termos da Resolução CONSU nº 14, de 03 de novembro de 1998, não se aplicam as disposições desta cláusula nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão ou coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que cinquenta.

14 - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Os serviços assegurados neste instrumento serão prestados aos usuários regularmente inscritos pelo CONTRATANTE e aceitos pela UNIMED-NATAL, através dos profissionais e entidades credenciadas para atendimento ao **PLANO PREFERENCIAL**, que utilizarão rede especial, constante do **GUIA MÉDICO DO PLANO PREFERENCIAL**, da seguinte forma:

14.1 - As consultas médicas serão obrigatoriamente realizadas, previamente, no Centro Clínico Unimed de Atendimento ao Plano Preferencial, que, se for o caso, encaminhará os pacientes para o atendimento clínico, cirúrgico ou ambulatorial nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados para atendimento do **PLANO PREFERENCIAL**. Nos casos de urgência ou emergência, os usuários poderão dirigir-se **exclusivamente aos pronto-socorros credenciados para atendimento aos usuários inscritos no Plano Preferencial**.

14.2 - Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela UNIMED NATAL, através da rede própria ou contratada para atendimento do **PLANO PREFERENCIAL**.

14.3 - 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 da CONTRATADA, exceto nos casos em que o serviço solicitado não estiver disponível no referido hospital, quando então o usuário deverá procurar outro estabelecimento hospitalar que mantenha, também, credenciamento para atendimento do Plano Preferencial.

14.4 - Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela UNIMED NATAL, em pleno vigor, devendo afor a sua digital em local indicado, no momento do atendimento.

14.5 - O prazo de internação será fixado pela UNIMED NATAL e constará da guia expedida.

14.6 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responde deverá apresentar à UNIMED NATAL a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente com justificativa.

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

14.8 - 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.

14.9 - A UNIMED-NATAL não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos associados com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

14.10 - Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma doença.

14.11 - Serão distribuídos ao CONTRATANTE o **GUIA MÉDICO DO PLANO PREFERENCIAL**, editados pela UNIMED NATAL, informando a relação de seus prestadores de serviços, laboratórios, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas.

14.12 - A UNIMED NATAL não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

15 - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

15.1 - A UNIMED NATAL assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo titular ou dependente, com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro da área de abrangência do contrato, quando não for, comprovadamente, possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados para atendimento do PLANO PREFERENCIAL.

15.2 - 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 do PLANO PREFERENCIAL, 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.

15.3 - 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 usuários do Plano Preferencial.

15.4 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

16 - PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1 - 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.

16.2 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores relacionados nos quadros abaixo, para efeito de mensalidade.

Faixas Etárias	Mensalidade	Varição
	R\$	Percentual (%)
00 - 18	80,12	0,00
19 - 23	80,12	0,00
24 - 28	80,12	0,00
29 - 33	80,12	0,00
34 - 38	80,12	0,00
39 - 43	80,12	0,00
44 - 48	80,12	0,00
49 - 53	80,12	0,00
54 - 58	80,12	0,00
59 ou mais	80,12	0,00

16.3 - As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, obedecido o disposto nos quadros acima. Ocorrendo alteração na idade de quaisquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês de aniversário do usuário;

16.4 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver;

16.5 - Ocorrendo impropriedade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais;

16.6 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA rescindir o presente instrumento;

16.7 - 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 subsequentes.

16.8 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disciplinado neste instrumento.

16.8.1 - 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.

17 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

17.1 - Além da mensalidade normal, será da responsabilidade da CONTRATANTE, a título de **CO-PARTICIPAÇÃO** nas coberturas, o pagamento de 30% (trinta por cento) sobre todas as consultas e 20% (vinte por cento) sobre todos os exames, básicos ou especiais, bem como sobre todos os procedimentos realizados em regime ambulatorial, o que será calculado segundo a Tabela de Referência da CONTRATADA.

17.1.1 - A co-participação prevista nos itens acima não incidirá sobre os exames realizados em regime de internação e nem sobre os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise, ainda que realizados em regime ambulatorial, e o valor máximo a ser pago por cada procedimento utilizado, a título de co-participação, é de R\$ 30,00 (trinta reais).

17.1.2 - A responsabilidade pelo pagamento da co-participação, pela CONTRATANTE, perdurará ainda que a conta seja apresentada após a saída do usuário do plano.

18 - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

18.1 - Os valores previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, 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.

18.2 - Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, que também poderá ser revisado 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.

18.3 - Se, por qualquer motivo, a UNIMED NATAL 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.

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

18.5 - Caso ocorram aumentos de sinistralidade, tributos, contribuições governamentais, empréstimos compulsórios, retenção de ativos financeiros por determinação governamental ou quaisquer outras variações econômicas que porventura venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a UNIMED NATAL poderá pleitear perante os órgãos oficiais competentes a aplicação de medidas que restabeleçam este equilíbrio.

18.6 - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o associado titular, unificando-se as respectivas datas base.

18.6.1 - Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas na presente cláusula.

19 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

19.1 - Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a contar da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, prorrogando-se automaticamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar por escrito, respeitando o período mínimo de 30 (trinta) dias de aviso prévio, sem quaisquer ônus, ficando todavia, impedido de incluir ou excluir usuários (titulares ou dependentes).

20 - DA RESCISÃO DO CONTRATO

20.1 - A UNIMED-NATAL poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

20.2 - Este contrato também poderá ser rescindido, em qualquer época, independente de notificação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:

- qualquer ato ilícito ou fraude praticado pelos associados, na utilização do objeto deste contrato;
- abuso, considerado como tal a utilização indevida e desnecessária dos serviços contratados;
- utilização indevida do cartão individual de identificação da UNIMED NATAL;
- omissão ou distorção das informações, prestadas pelo usuário, em prejuízo da UNIMED NATAL ou do resultado de perícias e exames;
- descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades prevista nestes contrato;

- f) não concordância por parte do CONTRATANTE com os índices de reajustes estipulados;
- g) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

20.2.1 - A critério da UNIMED NATAL, em substituição à rescisão do contrato, poder-se-á optar, mediante prévio aviso ao CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado.

20.3 - Antes do término do prazo mínimo de vigência contratual prevista neste instrumento, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

20.3.1 - A rescisão dentro do período mínimo de vigência facultará a UNIMED NATAL cobrar do CONTRATANTE a diferença entre o custo operacional dos serviços utilizados e à disposição e a receita das mensalidades pagas por ele, desde que o valor do custo seja superior ao da receita.

20.4 - Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da UNIMED NATAL 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.

20.5 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED NATAL, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários inscritos ou a seus dependentes, cessadas as responsabilidades da UNIMED NATAL após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

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

21- DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O USUÁRIO DEMITIDO

21.1 - A UNIMED-NATAL assegura ao usuário titular que contribuir para o plano de saúde em razão de seu vínculo empregatício com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de usuário, juntamente com o grupo familiar a ele vinculado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho desde que assuma o pagamento integral da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

21.2 - O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

21.3 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.

21.4 - O usuário que for demitido, mas que possuir outro emprego ou outra fonte de renda não poderá gozar do benefício previsto nesta cláusula, assim como a condição de usuário deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em novo emprego.

21.5 - O usuário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito ao benefício aqui estabelecido.

21.6 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

22. - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O USUÁRIO APOSENTADO

22.1 - A UNIMED-NATAL assegura ao usuário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como usuário juntamente com o grupo familiar a ele vinculado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

22.2 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no caput, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

22.3 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.

22.4 - A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em emprego.

22.5 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

22.6 - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a permanecer no plano, conforme aqui estabelecido.

22.7 - Exclusivamente em decorrência de cancelamento deste contrato, falência ou por qualquer hipótese de encerramento das atividades do CONTRATANTE, a UNIMED-NATAL disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de usuários inscritos, com preços normais de comercialização aos demais usuários, sem necessidade de novo cumprimento dos prazos de carência já cumpridos, desde que o interessado faça opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado do cancelamento.

22.8 - Constitui obrigação do CONTRATANTE informar, em tempo hábil, aos seus empregados sobre o cancelamento do contrato, de forma a permitir a opção no prazo estipulado.

23 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1 - O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED NATAL.

23.2 - O 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.

23.3 - 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.

23.4 - 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.

23.5 - 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 UNIMED NATAL o respectivo custo, alterado através da Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares do PLANO PREFERENCIAL.

23.6 - A UNIMED NATAL reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, sempre obedecendo ao que dispõe a legislação específica a esse respeito.

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

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



23.9 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

23.10 - É obrigação do CONTRATANTE fornecer ao usuário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, de seus anexos, bem como do **GUIA MÉDICO DO PLANO PREFERENCIAL**.

21.11 - Fica eleito o foro da sede da UNIMED NATAL 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.

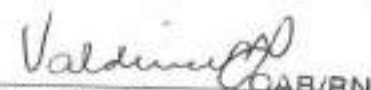
Consequentemente, nos comprometemos a informar aos usuários finais os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, bem como a possibilidade de utilização dos serviços exclusivamente nos estabelecimentos credenciados para atendimento do Plano Preferencial.

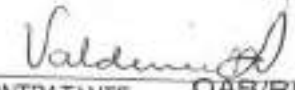
Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

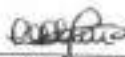
Natal, 07 de Novembro de 2008



UNIMED NATAL
Dr. Greg Nogueira Fernandes Gurjão
Diretor Presidente


UNIMED NATAL
Dr. Carlos Alexandre Cavalcanti Xavier
Diretor Vice-Presidente


CONTRATANTE OAB/RN
Valderine Nóbrega
Diretora Tesoureira


CONTRATANTE OAB/RN
Valderine Nóbrega
Diretora Tesoureira


Nome: LUCILENE MARIA DE LIMA
CPF: 500.627.004-77


Nome: JOSE MANOEL EUSEBIO DE ALMEIDA
CPF: 307.280.434-04

DECLARAÇÃO

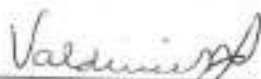
CONTRATANTE: **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RIO GRANDE DO NORTE**

CÓDIGO DO CONTRATO: **3816**

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 EMPRESARIAL AMPLO E, e registro SIMPAS nº 451.283/04-9, com a segmentação prevista no referido artigo 10 da Lei 9.656/98.

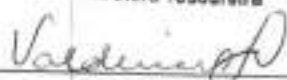
Declaramos ainda que recusamos a oferta do plano-referência, optando pelo plano EMPRESARIAL PREFERENCIAL C - E com segmentação distinta.

Natal, _____ de _____ de _____.



CONTRATANTE

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira



CONTRATANTE

Valderice Nóbrega
Diretora Tesoureira

SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED NATAL
Rua Mipibu, 511 – Patrópolis – Natal/RN – CEP 59020-250 – Telefax (84) 3220.6200
www.unimednatal.com.br



CC nº 82/2016 VS Reajuste

Natal, 15 de setembro de 2016.

OAB RN

Senhor (a) Diretor (a):

Ref.: Reajuste do(s) Contrato(s) Coletivo(s) nº **3816/1434**

A Unimed Natal presta assistência hoje a mais de 130 mil pessoas no Rio Grande do Norte. É, por esse motivo, o maior agente de saúde do Estado, com grande responsabilidade junto a clientes, médicos e estabelecimentos de saúde. Manter a qualidade dos serviços e o equilíbrio entre receita e custos é sobre tudo uma questão social, portanto do interesse de todas as partes envolvidas.

Considerando esta necessidade de equilíbrio e levando-se em conta não apenas os índices inflacionários, mas também o resultado financeiro, promovido pelo seu contrato, apresentamos proposta de reajuste de **12,35% (doze vírgula trinta e cinco por cento)**.

Em observância ao estabelecido na RN 389 da ANS, apresentamos em anexo EXTRATO PORMENORIZADO contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste.

Solicitamos sua confirmação e/ou resposta, dentro de 5 (cinco) dias.

Nosso Departamento de Relacionamento Empresarial esta à disposição para esclarecer qualquer eventual dúvida. Favor realizar contato com o nosso Analista, **Edyla** através dos telefones 84 3220-6303 e 84 3220-6385 ou pelo e-mail edyla@unimednatal.com.br.

Atenciosamente,


Dra. Edailna Maria de Melo Dantas
Vice-Presidente

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

Rua Mipibu 511 Petrópolis CEP 59020-250 Natal/RN - CNPJ: 08.380.701/0001-05
Tel: (84) 3220-6200 www.unimednatal.com.br

ANS - n.º 33559-2

LOCAL :FINANCEIRO
DATA/HORA :29/09/2016 15:19:31
USUARIO :FRANCISCO IGOR COSTA PEREIRA

PROCESSO Nº 94472016-0

NOME: UNIMED

SEGUE CARTA DE REAJUSTE DA UNIMED, COM RELAÇÃO AO CONTRATO OAB/RN UNIMED DO PLANO DE SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DESTA SECCIONAL. INFORMAMOS QUE EM CONVERSA COM A ANALISTA DE RELACIONAMENTO DA UNIMED, EDYLA RICELLI DE MENEZES BOTELHO, NOS MANTIVEMOS DENTRO DA META ESPERADA E DESSA FORMA O INDICE DE REAJUSTE UTILIZADO É INFERIOR AO DA ANS E SEGUNDO A MESMA É O MÍNIMO QUE PODE SER OFERECIDO PARA TAL. ASSIM ENCAMINHO PARA ANÁLISE E DESPACHO.

ATENCIOSAMENTE,

FRANCISCO IGOR COSTA PEREIRA
FINANCEIRO

LOCAL :GERÊNCIA OAB
DATA/HORA :06/10/2016 18:52:13
USUARIO :SAMARONI CUNHA MONTEIRO

ENVIO DE DOCUMENTO POR E-MAIL

Enviado por: sam@oabrn.org.br

Enviado para: paulocoutinhofilho@gmail.com, marisa@almeidaduarte.com.br, kalebfreire@uol.com.br,
priscila@fonsecaadv.com.br, carlosmarques3004@gmail.com

Assunto do E-Mail: Alteração contrato Unimed

Corpo do E-Mail:

De ordem do Tesoureiro da Seccional, para conhecimento encaminho ofício da Unimed que trata sobre o reajuste do plano de saúde dos colaboradores da Seccional, que está pautado para análise na próxima reunião de Diretoria.

Data/Hora: 06/10/2016 18:52:12

Anexo do E-Mail: Arquivo do Anexo -> 1

EXTRATO PORMENORIZADO
Contendo os itens considerados para o reajuste.

1 - Critério técnico.

Caso a Sinistralidade apurada no período analisado seja igual ou inferior a Sinistralidade Meta, será aplicado apenas o Reajuste Financeiro.

Caso a Sinistralidade apurada no período supere a Sinistralidade Meta, além do Reajuste Financeiro será utilizado também o Reajuste Técnico, conforme fórmula abaixo:

$$R \text{ Técnico} = \frac{S}{SM} - 1$$

$$\text{Reajuste: } R = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

Onde as variáveis utilizadas são:

Período de observação: setembro de 2015 a agosto de 2016.

S = Sinistralidade apurada no período = 52,46%

SM = Sinistralidade Meta = 70%

RFinanceiro = Índice indexador utilizado = IPC-Saúde 12,35%

2 - Memória de cálculo.

Cálculo do Reajuste	
Tipo	Reajuste
Reajuste Técnico	0%
Reajuste Financeiro	12,35%
Reajuste Total	12,35%

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



IS desejado :70%

Empresa: 3816/ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO RN

Contratos:3816,1434

	201509	201510	201511	201512	201601	201602	201603	201604	201605	201606	201607	201608
Movimentação												
Qtd.Usuários	54	58	50	56	54	54	53	53	52	53	53	51
Varição %		3,7			-3,57		-1,85		-1,89	1,92		-3,77
Consultas												
Qtd.	27	24	35	19	16	16	19	21	28	20	21	21
Cons./Usu./Ano	6	6,16	7,56	4,06	3,6	3,5	4,32	6,8	6,48	4,66	4,8	4,92
Eleitivas	25	23	30	17	14	15	17	20	25	17	19	20
Urgência	2	1	5	2	2	1	2	1	3	3	2	1
Valor R\$	2.006,88	1.693,88	2.547,87	1.355,66	1.168,41	1.145,1	1.516,5	1.201,51	2.060,87	1.466,58	1.509,99	1.701,28
%	44	41,67	27,44	34,47	18,48	10,94	32,96	24,82	46,96	33,24	40,7	42,4
Exames												
Qtd.	66	103	89	100	101	99	104	85	34	29	44	64
Exami/Cons	2,44	4,29	2,54	3,26	6,31	3,09	5,47	4,05	1,21	1,45	2,1	3,05
Simplex R\$	346,73	1.266,99	710,51	827,16	1.286,04	474,21	1.144,9	621,56	315,28	387,05	653,99	775,7
Especial R\$	1.007,72	528,36	2.351,9	630,37	1.402,15	364,17	846,81	559,02	859,23	532,49	850,99	428,13
Terapia R\$	709,66	189,71	675,92	371,8	522,34	341,56	403,22	520,31	232,4	26,4	40,96	26,4
Per./Admis. R\$	2.064,11	1.975,06	3.942,33	2.229,35	3.223,03	1.179,04	2.393,93	2.009,82	1.406,89	1.345,04	1.545,84	1.236,23
Valor R\$	46,25	48,59	42,46	56,04	45,46	11,27	52,04	32,16	33,01	30,74	41,66	30,66
%												
Trat.Médico												
Qtd.		1			2	4		2		3		1
Valor R\$		80	1.437,60		278,4	1.581,76		348,8		176		60,2
%		1,97	15,40		3,93	15,11		5,58		4,02		1,38
Guias Hosp.												
Qtd.			1		1	2				1		
Valor R\$			1.437,60		1.406,71	4.642,66				750,53		
%			15,40		19,87	46,26				17,14		
Atend.Ambulat.												
Qtd.	7	3	4	5	6	12	10	14	11	6	8	14
Valor R\$	490	310,86	1.354,87	350	1.011,18	1.717,85	690	2.340,2	653,81	650,51	654,82	1.025,4
%	10,74	7,77	14,6	8,89	14,26	16,41	15	37,44	20,04	14,86	17,65	23,96
Resultado												
Faturado	10.156,66	10.465,49	11.144,86	11.034,93	11.132,43	10.610,6	10.508,72	10.356,84	10.277,35	10.622,1	10.625,35	10.051,44
Copartíc	1.196,3	944,54	965,74	845,81	1.316,85	792,62	874,91	722,93	825,31	988,29	991,54	761,17
Custo Adm	3.046,75	3.136,64	3.343,65	3.307,48	3.338,71	3.183,18	3.152,62	3.106,99	3.093,21	3.198,63	3.167,81	3.015,43
Custo Assist.	4.501,00	4.094,8	6.283,93	3.935,96	7.089,73	10.466,51	4.890,43	6.250,43	4.261,57	4.378,56	3.740,45	4.012,11
Custo Total	7.607,85	7.204,44	12.627,39	7.243,47	10.429,46	13.649,89	7.753,05	9.357,42	7.344,78	7.565,19	6.898,06	7.527,54
Resultado R\$	2.548,03	3.261,01	-1.482,53	3.791,46	702,97	-3.039,09	2.755,67	999,22	2.932,57	3.056,91	3.727,29	3.023,9
Resultado %	25,00	31,16	-13,3	34,3	6,31	-28,64	26,22	9,65	28,53	28,74	35,06	30,08
IS	44,91	38,84	83,3	35,7	63,66	58,84	43,78	60,35	41,47	41,22	34,92	39,95

CC nº 92/2016 - GCRE

Natal, 08 de setembro de 2016.

As empresas contratantes

OAB RN - 3816/1434

Senhor (a) Diretor (a):

Ref.: Acesso a informações sobre utilização do plano.

Em atenção ao estabelecido na Resolução Normativa 389 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, informamos que já se encontra disponível em nosso portal na internet (www.unimednatal.com.br), o acesso aos dados do Componente Cadastral e do Componente de Utilização dos serviços utilizados por cada beneficiário.

Para ter acesso aos seus dados, basta que o próprio beneficiário, titular ou dependente, entre na Área Restrita existente em nosso portal. O cadastramento de uma senha pessoal, que será solicitada logo no primeiro acesso, garantirá que somente o próprio beneficiário tenha acesso as informações referentes a sua utilização do plano.

Nosso Setor de Relacionamento Empresarial, permanece à disposição para qualquer esclarecimento adicional, através dos números: 3220-6297 e 3220-6373.

Atenciosamente,

Roberto Casaes de Carvalho
Gerente de Contratos e Relacionamento Empresarial

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