

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E  
HOSPITALARES  
PLANO COLETIVO POR ADESÃO CO-PARTICIPATIVO SIMPLES  
PRODUTO REGISTRADO NA ANS SOB O N.º. 459.141/08-1  
REGISTRO DA OPERADORA NA ANS: 33366-2**

Contratante: Associação dos Serv.Da Univ.Fed.da Grande Dourados		078.3538
Com sede a: Rua João Rosa Góes		N.º: 1761
Bairro: Vila Progresso	Cidade: Dourados - MS	CEP: 79825 - 070
CNPJ: 02.764.881/0001-42		Inscrição Estadual:
E-Mail:		Fone: (67) 3410 - 2073
Neste ato representada por: João Paulo Coimbra Neto		
CPF: 729.264.141-53		RG: 01178513 SSP/MS

**CONTRATADA: UNIMED DE DOURADOS/MS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, situada à Rua Hayel Bon Faker, 3223 - Centro - Dourados - MS - CEP 79.806-000, inscrita no CNPJ sob o número 15.395.999/0001-92, neste ato representada por seu Diretor Comercial, Dr. José Renato Siqueira.

Por este instrumento particular, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, respectivamente, resolvem **RENOVAR** este Contrato, firmado originariamente em **01/07/2008**, para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes:

### **CLÁUSULA I - TIPO DE CONTRATAÇÃO**

O Tipo de Contratação desse plano é Coletivo por Adesão.

O plano que possui Tipo de Contratação Coletivo por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas abaixo listadas de caráter profissional, classista ou setorial:

- Conselhos Profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão,

- Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- Associações profissionais legalmente constituídas;
- Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classe de profissionais regulamentadas;
- Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009;
- Entidades prevista na Lei 7.395 de 31 de outubro de 1985 e na Lei 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
- Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas na RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## **CLAUSULA II - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

O Plano possui a segmentação assistencial **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia** conforme art. 10 da Lei 9656/98 (Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + padrão de Acomodação Enfermaria).

## **CLÁUSULA III - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados **EXCLUSIVAMENTE** na área de abrangência geográfica da **CONTRATADA**, qualificada como **GRUPO DE MUNICÍPIOS**, sendo estes: **Dourados, Amambai, Antonio João, Caarapó, Deodápolis, Douradina, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Iguatemi, Itaporã, Ivinhema, Jateí, Juti, Laguna Caarapã, Maracajú, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porã, Rio Brilhante, Vicentina, Bataiporã e Anaurilandia.**

## CLÁUSULA IV – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é **Coletiva - Enfermaria**.

Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela Operadora, é garantido ao usuário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

## CLÁUSULA V - ATRIBUTOS DO CONTRATO

A **CONTRATADA**, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde prestará continuamente serviços de assistência ambulatorial e hospitalar, com cobertura obstétrica, de natureza clínica e cirúrgica, em internações, inclusive de terapia intensiva, na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, aos beneficiários vinculados à **CONTRATANTE** e a seus dependentes, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, com cobertura do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento e para todas as doenças do CID 10 - Código Internacional de Doenças, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir a prevenção da doença e à recuperação e manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas para a segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## CLÁUSULA VI - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A modalidade de assistência do contrato possui o tipo de contratação **COLETIVO POR ADESÃO**, destinando-se a população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas abaixo elencadas de caráter profissional, classista ou setorial:

- Conselhos Profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- Associações profissionais legalmente constituídas;
- Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classe de profissionais regulamentadas;
- Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009;
- Entidades prevista na Lei 7.395 de 31 de outubro de 1985 e na Lei 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
- Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas na RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- O grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco cosanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro. (art. 9º RN 195/2009).

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato. (artigo 9º, § 2º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

Caberá à **CONTRATADA** exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário (art. 9º, § 3º da RN 195/2009, alterada pela RN 2200/2009).

Caberá a **CONTRATANTE**, mediante solicitação, apresentar à **CONTRATADA** a documentação necessária a comprovar a sua natureza jurídica e o vínculo existente entre esta e os beneficiários que pretende incluir no presente contrato.

A inclusão do beneficiário titular ocorrerá por solicitação da pessoa jurídica contratante, com a imediata apresentação dos documentos comprobatórios do vínculo existente, sendo estes os mesmos documentos necessários e utilizados pela **CONTRATANTE** para admissão de pessoal em seus quadros, sob pena do indeferimento do pedido.

Da mesma forma, ocorrerá a solicitação de inclusão do beneficiário dependente, com a imediata apresentação dos documentos que o vincula ao grupo familiar do titular.

É vedado quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as exigidas para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Serão isentos do cumprimento dos períodos de carência, os beneficiários cuja inclusão seja providenciada em até trinta dias da celebração do presente contrato.

Poderá ainda ingressar sem o cumprimento dos prazos de carência estabelecidos os beneficiários que tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após o transcurso do prazo sobredito, desde que, a solicitação seja formalizada em até trinta dias da data de aniversário do contrato.

As inscrições posteriores, quando aceitas, serão submetidas aos períodos de Carências dispostos na **Cláusula X – Períodos de Carência**.

As novas inclusões deverão ser requisitadas até o dia 20 de cada mês e as carteiras ou cartões de identificação, serão entregues até o 1º dia útil do mês subsequente.

Os Dependentes que perderem essa condição poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias da perda do direito, sendo descontadas as Carências já cumpridas, caso contrário, deverão cumprir as carências estabelecidas contratualmente.

Os valores serão estabelecidos de acordo com tabela de preços vigente para o Plano Coletivo por Adesão, de acordo com a respectiva faixa etária.

#### **DA INCLUSÃO DOS RECÉM NASCIDOS**

Os filhos do **USUÁRIO TITULAR** recém nascidos na constância deste contrato, serão automaticamente considerados **USUÁRIOS DEPENDENTES**, para as coberturas dos Planos Ambulatorial e Hospitalar, sem cumprimento dos prazos de carência, sendo vedada a alegação de Doença ou Lesão Pré-existente – DLP – ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT – ou Agravado, desde que sejam inscritos no mesmo Plano do Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

Será garantida a assistência ao recém-nascido durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, dentro da cobertura do Plano do Titular.

Se as inscrições dos mesmos forem requeridas fora do prazo ou com aumento das condições de coberturas superiores as que a mãe possua, as respectivas Carências deverão ser cumpridas integralmente.

#### **DA INCLUSÃO DE FILHOS RECONHECIDOS E ADOTIVOS**

Os filhos adotivos ou reconhecidos, menores de 12 (doze) anos, poderão ser inscritos e aproveitar os períodos de Carência já cumpridos pelo Titular, desde que inscritos no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção ou do reconhecimento.

### **CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos,

Rua Hayel Bon Faker, 3223 - CEP 79806-000 - Dourados-MS

Fone (67) 3416-3500 • Fax (67) 3416-3528

administracao@unimeddourados.com.br

previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde CID-10, nos termos do art. 10 da Lei nº. 9.656/1998, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde, no que se aplicam ao Plano.

Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes coberturas:

- Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente;

- Cobertura a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

- Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

- Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia ambulatorial;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial; e
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

- O tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

- Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato, não cumulativas.

A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos, em regime de internação,



da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leitos hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

- Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

- Diária de internação hospitalar, na acomodação coletiva - Enfermaria;

- Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

- Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados ;

- Cobertura de despesas de acompanhante do Beneficiário menor de 18 e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

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

- Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

