

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**  
**UNIMED FÁCIL ASSOCIATIVO**  
**COLETIVO POR ADESÃO - ENFERMARIA**  
**PLANO AMBULATORIAL/HOSPITALAR/OBSTÉTRICO**

**PROTOCOLO PROVISÓRIO ANS Nº 34.208-4**  
**PROTOCOLO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº. 459.823/09-7**

**I - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATO**

Nome do Plano: **UNIMED FÁCIL ASSOCIATIVO**  
ACOMODAÇÃO - **ENFERMARIA**  
Modalidade: Pré - Pagamento - **BOLETO**

Nº de Registro na ANS: 459.823/09-7

**9830****II - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES****CONTRATANTE****EMPRESA: ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MT ADUFMAT**

CNPJ: 14.912.075/0001-53

INSC:

**ENDEREÇO: AV. FERNANDO CORREA DA COSTA- CAMPUS-UFM****BAIRRO: COXIPO****TELEFONE: (65) 3661 4290/3661 4299****CIDADE-UF: CUIABA - MT****CEP: 78.060-970****REPRESENTANTE: CARLOS ALBERTO EILERT****CPF: 081.092.571-00****CARGO: PRESIDENTE****RG: 0006960-4-SSP-MT****REPRESENTANTE:****CPF:****CARGO:****CONTRATADA****EMPRESA: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO****CLASSIFICAÇÃO: COOPERATIVA MÉDICA****REG. ANS Nº 34.208-4****CGC: 03.533.726/0001-88****INSCR. EST.:****ENDEREÇO: Rua Barão de Melgaço, n.º 2.713****BAIRRO: Centro Sul****CIDADE: Cuiabá - MT****CEP: 78.020-800****TELEFONE: (065) 3612-3100****SAC. 24 h: 0800 647-3008 P/SURDOS 0800 647-3110****REPRES: Kamil Hussein Fares****CPF: 094.628.999-91****CARGO: Presidente****RG.: 876.326-SSP/PR****REPRES: Rubens Carlos de Oliveira Junior****CPF: 537.299.271-91****CARGO: Diretor de Mercado****RG.: 0569048-0 - SSP/MT***Dra. Margarete D. M. Spadoni*

OAB/MT 8058

Assessoria Jurídica

**Unimed**

Cuiabá

**INTRODUÇÃO**

As partes já designadas e qualificadas como **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, resolvem celebrar de forma bilateral o presente Contrato de adesão de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, e artigo 54 da Lei 8.078/90, gerando direitos e obrigações para ambas as partes.

**CLÁUSULA I - OBJETO**

1.1. - Trata-se de contrato coletivo por adesão de pessoas físicas com ou sem grupo familiar, vinculadas a uma pessoa jurídica compreendendo o Plano Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, tendo por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais de acordo com o Rol de Procedimentos previsto na Resolução Normativa/ANS 167/08 e suas atualizações e com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei nº. 9.656/98, na cidades de Cuiabá e Várzea Grande.

**CLÁUSULA II - DA NATUREZA DO CONTRATO**

2.1.- As partes celebram de forma bilateral o presente Contrato de adesão de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, e artigo 54 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), gerando direitos e obrigações para ambas as partes.


2.2.- O presente Contrato se caracteriza pela **CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO DE PESSOAS FÍSICAS** com ou sem grupo familiar, vinculadas a uma **PESSOA JURÍDICA**, compreendendo o Plano **AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

2.3.- O regime de contratação deste Plano deverá obedecer ao seguinte sistema:

- a) **Plano de Contratação Coletiva por Adesão** - entende-se como aquele que presta Assistência a Saúde de contratação Coletiva, por adesão apenas espontânea e opcional de Empregados, Associados ou Sindicalizados de uma referida Pessoa Jurídica.
- b) **Representatividade** - os Clientes inscritos neste contrato, para fins legais, serão representados pela pessoa Jurídica **CONTRATANTE**, através de seus representantes descritos no contrato social ou na Ata de Eleição e Posse da entidade, e caberá a **CONTRATANTE** a responsabilidade de fornecer aos seus representados qualquer documentação contratual solicitada, além da divulgação de mudanças contratuais pactuadas entre as partes contratantes.

2.4. - Será de 15 o número mínimo de clientes exigidos para celebração e manutenção deste contrato.

2.5.- Somente poderão ser incluídos ou permanecer na condição de clientes no presente Contrato, as pessoas residentes nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande.

Dra. *Margarete B. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
  
Cuiabá

2.6.- No plano ou seguro assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da Resolução específica e poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.

2.7.- No plano ou seguro assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da Resolução específica e a exigência de cumprimento de prazos de carência.

### CLÁUSULA III - DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

3.1- O presente contrato possui área de abrangência geográfica Grupo de Municípios. Municípios: Cuiabá e Várzea Grande.

3.2 - Os serviços previstos neste Contrato deverão ser prestados pela Rede de Atendimento do Plano UNIMED FÁCIL, dentro dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, assim como, em casos de urgência e emergência.

**Parágrafo único** - As consultas médicas eletivas serão realizadas no CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIMED FÁCIL, e conforme necessidade indicada pelo médico assistente, o paciente poderá ser encaminhado para atendimento clínico, cirúrgico ou ambulatorial nos demais prestadores indicados no Guia de Médicos Cooperados e Hospitais da Rede de Atendimento do Plano UNIMED FÁCIL. Para tais casos serão praticadas as co-participação indicadas na tabela do item 17.2 da Cláusula XVII.


### CLÁUSULA IV - ACOMODAÇÃO

4.1. - Para utilização dos serviços hospitalares previstos neste contrato, será considerada a acomodação **COLETIVA, EM ENFERMARIA**.

4.2. - *Em caso de internação, o cliente poderá optar por acomodação superior ao seu plano de saúde, cabendo-lhe, porém, a responsabilidade de efetuar, através de livre e antecipada negociação, o pagamento das diferenças de preços nas diárias hospitalares e honorários médicos, diretamente aos hospitais e médicos envolvidos, sem que, neste caso, haja qualquer intervenção da CONTRATADA.*

4.3. - *Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao Cliente o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional. (Artigo 33, da Lei nº. 9.656/98);*

4.4.- *A CONTRATADA admitirá que o cliente de um plano com acomodação enfermaria contrate outro plano com acomodação em apartamento, ficando o cliente, nos casos em que houver a necessidade de internação, cumprir carências de 180 dias para internação e 300 dias para parto, nesta nova modalidade.*

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
Unimed 

*Durante o novo período de carência, as internações continuarão sendo permitidas na acomodação enfermagem, desde que o Cliente já tenha cumprido as respectivas carências.*

### CLÁUSULA V - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E CADASTRAMENTO

5.1. Serão aceitos como Clientes para fins deste Contrato:

a) Como TITULAR:

Proprietário, diretor, sócio, funcionário (de acordo com a característica social da CONTRATANTE), com vínculo que justifique sua filiação à CONTRATANTE.

\* **Vínculo Societário:** Cópia dos Estatutos sociais e suas alterações.

\* **Vínculo Associativo:** Cópia do vínculo empregatício que justifique a filiação do associado à entidade, cópia da ficha de filiação do associado à entidade ou cópia da ata de eleição, quando se tratar de cargos eletivos.


\* **Vínculo Empregatício:** destinado a empregados/funcionários ativos da pessoa jurídica Contratante.

\* **Vínculo Empregatício (Inativo):** destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica Contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa.

\* **Sem Vínculo Empregatício:** destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.

b) Como DEPENDENTES DIRETOS DO TITULAR:

- I. Cônjuge;
- II. Companheiro(a) em união estável, sem concorrência do cônjuge;
- III. Filhos solteiros até atingir a maioridade civil ou até 24 anos, se comprovada a matrícula em instituição de ensino regular, (condição válida apenas para 1 curso superior);
- IV. Filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando a carência cumprida pelo adotante, conforme previsão do inciso VII, do artigo 12, da Lei 9.656/98);
- V. Filho recém-nascido, natural ou adotivo do **Consumidor**, com isenção de carência, desde que inscrito em até 30 dias após o parto ou adoção. (Artigo 12, inciso III, Lei 9.656/98 c/c artigo 8º, da Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 02/98);
- VI. Filhos inválidos de qualquer idade, ou incapacitados judicialmente.

Dra. Margaret B.M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
 4

5.2 - É obrigação do Titular, na ocorrência de casamento dos filhos, promover junto à CONTRATADA, as respectivas exclusões, até o limite máximo de 30 (trinta) dias antes do evento.

5.3 Equiparam-se aos filhos:

5.3.1. Os enteados;

5.3.2. O menor que esteja sob guarda do titular por decisão judicial.

## DO CADASTRAMENTO

5.4. - Para a inclusão de qualquer dependente, o titular deverá estar obrigatoriamente inscrito no plano e contribuir com a respectiva mensalidade.

5.5. - O cadastramento dos clientes será efetivado a pedido do CONTRATANTE, mediante solicitação através de documento apropriado, oferecido pela operadora - ficha de cadastro ou movimentação on-line, através de assinatura eletrônica - devidamente preenchido, acompanhado da documentação comprobatória de filiação e parentesco, e da Declaração de Saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário (preenchimento conforme orientação da Operadora e Resolução Normativa/ANS 20/2002 e 162/2007).

5.6. - As Solicitações de Cadastramento - inclusão, exclusão e alteração cadastral - deverão ser encaminhadas à CONTRATADA, de acordo com o **Calendário de Movimentação - Anexo II**, sendo que as exclusões ocorrerão no último dia do mês corrente e as inclusões e alterações, no primeiro dia do mês seguinte ao da apresentação da Ficha Cadastral, ou nas datas contratadas.

5.7. - A CONTRATADA emitirá anualmente o **Calendário de Movimentação** que será repassado à CONTRATANTE até o mês de dezembro de cada ano.

5.8. - A vigência do contrato de clientes incluídos dentro do prazo previsto no calendário de movimentação, será sempre no primeiro dia do mês subsequente ao de sua inclusão, ou conforme contratado, oportunidade em que passarão a vigorar todos os direitos e obrigações previstos neste contrato, inclusive prazos de carências.

5.9. - A utilização dos serviços previstos neste Contrato dependerá sempre da apresentação da Cédula de Identidade do cliente, acompanhada do Cartão Magnético Unimed.

5.10- Quando, por motivo de nascimento ou adoção de menor de 12 (doze) anos, ocorrer a inclusão do respectivo dependente - no prazo máximo de até 30 dias a contar da data do evento - este ficará sujeito apenas às carências que porventura o pai ou mãe estiverem cumprindo, observando sempre o maior benefício.

**5.11. - É obrigação da CONTRATANTE solicitar a exclusão dos CLIENTES - caso estes venham a perder as condições exigidas para o ingresso no plano. Em caso de omissão, a CONTRATADA cobrará do CONTRATANTE os procedimentos utilizados;**

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica

  
Cuiabá

em Custo Operacional, acrescidos de 25% (vinte e cinco por cento) a título de custos operacionais e administrativos.

5.12.- É obrigação da CONTRATANTE, no caso de exclusão dos CLIENTES ou rescisão contratual, recolher e devolver os respectivos Cartões Magnéticos de Identificação, bem como qualquer documento análogo fornecido pela CONTRATADA.

5.13. - Será de responsabilidade da CONTRATANTE toda e qualquer despesa decorrente da utilização indevida dos documentos relacionados a este Contrato e colocados à sua disposição. Ocorrendo tal hipótese, a CONTRATADA emitirá fatura no valor correspondente aos serviços utilizados, acrescida de 25% (vinte e cinco por cento) a título de custos operacionais e administrativos.

5.14. - Considera-se uso indevido qualquer dano ou despesa que resulte da utilização incorreta ou fraudulenta desses documentos pelo titular, seus dependentes e/ou agregados, ou por terceiros. A ocorrência do uso indevido acarretará a exclusão imediata e em caráter irrevogável do Cliente, não lhes sendo permitidas aquisições de novos Contratos e/ou ingresso em qualquer outro plano já existente. A tentativa de utilização indevida, mesmo não consumada, implicará em idêntica aplicação da pena prevista neste item.


5.15. - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE obriga-se a informar, por escrito, o fato à CONTRATADA, sob pena de arcar com as possíveis despesas decorrentes do fato. Em ocorrendo o evento será emitida fatura no valor correspondente aos serviços utilizados, acrescidos de 25% (vinte e cinco por cento), a título de custos administrativos.

#### CLÁUSULA VI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DE PERMANÊNCIA NO PLANO

6.1.- Ao cliente que contribuir para o presente Plano de Saúde, em caso de rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, no prazo de até 30 dias da data do evento, é assegurado o direito de manter a sua condição de cliente beneficiário do plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do seu contrato de trabalho, e desde que, assuma o pagamento integral da mensalidade devida, observando-se as seguintes condições:

- a) O período de manutenção do benefício a que se refere o item anterior será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no Plano, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
- b) A condição de permanência no Plano de Saúde prevista no item anterior deixará de existir quando da admissão do cliente titular em novo emprego.

6.2.- Ao aposentado que contribuir para o presente Plano de Saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de sua manutenção como cliente, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do seu contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  


6

da mensalidade devida, extensivo tal benefício, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

6.3. - Ao aposentado que contribuir para este Plano de Saúde, por prazo inferior ao estabelecido no item anterior, é assegurado o direito de sua manutenção como cliente, à razão de um ano para cada ano de contribuição paga, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade devida, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

6.4 - Em caso de morte do cliente titular, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos à época do evento, desde que assumam o pagamento integral da mensalidade devida.

6.4.1.- O período de manutenção do benefício destinado aos dependentes, a que se refere o item anterior, será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência dos mesmos no Plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito junto do titular à época do falecimento.

6.5 - Para que o beneficiário faça jus a condição de permanência descrita nos itens anterior, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: **Funcionário demitido sem justa causa** - termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente homologado pelo órgão competente e apresentação da carteira de trabalho CTPS. **Aposentados** - Comprovante de homologação da aposentadoria. **Titulares falecidos** - Cópia do atestado de óbito.

a) A condição de permanência no Plano de Saúde para beneficiários demitidos sem justa causa e aposentados deixarão de existir quando da admissão do cliente titular em novo emprego.

6.6.- A CONTRATADA disponibilizará aos empregados, ou ex-empregados da CONTRATANTE, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, no caso de liquidação ou encerramento do presente contrato, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. (Art. 1º, CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº 19/99). O prazo da nova contratação deverá se dar em 30 dias da data do evento.

6.7.- Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, conforme caracterizado no parágrafo único do artigo 2º, da Resolução CONSU nº 14/98.

## CLÁUSULA VII - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

7.1. Encerramento do vínculo do beneficiário do plano com a CONTRATANTE.

7.2. Os dependentes, nas circunstâncias previstas na Cláusula Condições de Admissão e Cadastramento, em caso de morte do titular, que não assumirem o compromisso do pagamento integral da mensalidade devida, e/ou encerramento do período de

manutenção da condição de beneficiário previsto no art. 30, § 1º, da Lei nº. 9.656/98, perderão a qualidade de beneficiário do Plano.

7.3.- Os demitidos sem justa causa e os aposentados nas circunstâncias previstas na Cláusula Condições Especiais de Permanência no Plano, que não assumirem o compromisso de pagamento integral da mensalidade devida, e/ou encerramento do período de manutenção da condição de beneficiário previsto no art. 30, § 1º, e art. 31 da Lei nº. 9.656/98, perderão a qualidade de beneficiário do Plano.

7.4.- Os demitidos e os aposentados que estiverem usufruindo o benefício previsto na cláusula Condições Especiais de Permanência do Plano, perderá a qualidade de beneficiário quando da admissão em novo emprego.

7.5.- Os filhos solteiros que atingirem a maioridade civil, ressalvando os casos de comprovação da matrícula em instituição de ensino regular, (condição válida apenas para 1 curso superior);

### CLÁUSULA VIII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1.- A CONTRATADA obriga-se a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais de acordo com o Rol de Procedimentos previsto na Resolução Normativa/ANS 167/08 e suas atualizações e com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças, e art. 12 da Lei 9656/98 - excetuando-se os itens da cláusula referente a "SERVIÇOS NÃO COBERTOS".

8.2.- Os serviços de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a saber:

#### 8.2.1- ESPECIALIDADES MÉDICAS

*Estarão a disposição dos clientes inscritos neste Contrato todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.*

#### 8.2.2- SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO


Somente serão cobertos e autorizados os exames complementares de diagnóstico e tratamento, desde que previamente autorizados pela CONTRATADA e solicitados por médicos cooperados/assistente, com previsão expressa no Rol de Procedimentos do CONSU - Resolução nº. 167 - Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, em 10.01.2008, além de resoluções normativas posteriores pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

##### a) EXAMES DE ROTINA

São considerados exames de rotina:

- *Análises Clínicas;*
- *Radiologia Simples.*

##### b) EXAMES ESPECIALIZADOS

*Dra. Margarete B. M. Spadoni*  
OAB/MT 8958  
Assessora Jurídica 8  
Unimed 



São considerados exames especializados:

*Todos os demais exames previstos no Rol de Procedimentos do CONSU, além de resoluções normativas posteriores, publicada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com exceção dos exames de rotina.*

8.3 - A UNIMED CUIABÁ assegurará aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, conforme especificado a seguir:

- a) **Consultas:** os beneficiários serão atendidos no CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIMED FÁCIL e pela Rede de Atendimento específica do Plano UNIMED FÁCIL, dentre os médicos cooperados credenciados;
- b) **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em clínicas, serviços ou hospitais credenciados da Rede de Atendimento específica do Plano UNIMED FÁCIL;
- c) **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através da Rede de Atendimento específica do Plano UNIMED FÁCIL, mediante solicitação do médico assistente;
- d) **Atendimentos de Urgência e Emergência:** serão prestados através da Rede Hospitalar específica do Plano UNIMED FÁCIL;

#### 8.4.-INTERNAÇÕES


8.4.1 - Somente serão autorizadas internações hospitalares quando solicitadas e acompanhadas por médicos cooperados/assistentes, excetuando-se os atendimentos de urgência/emergência.

8.4.2 - Para as internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a UNIMED CUIABÁ, antes de se dirigir à Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a UNIMED CUIABÁ emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

##### 8.4.2.1.- INTERNAÇÃO CLÍNICA COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Com exceção dos atendimentos que caracterizarem situações de urgência ou emergência, quando a autorização será imediata na Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL, a rotina para internações clínicas seguirá os seguintes procedimentos:

1- O cliente deverá solicitar a autorização da internação clínica na Central de Atendimento da CONTRATADA, munido da solicitação do médico assistente, cartão magnético, carteira de identidade, exames que comprovem o diagnóstico;

*Dra. Margarete D. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
  
Cuiabá

2- O prazo para resposta de autorização da internação clínica será de 24 (vinte e quatro) horas, após o protocolo do pedido de internação.

#### **8.4.2.2.- INTERNAÇÃO CIRÚRGICA COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

Com exceção dos atendimentos que caracterizarem situações de urgência ou emergência, quando a autorização será imediata na Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL, a rotina para internações cirúrgicas seguirá os seguintes procedimentos:

1- O cliente deverá solicitar a autorização da internação cirúrgica na Central de Atendimento da CONTRATADA, munido da solicitação do médico assistente, cartão magnético, carteira de identidade, exames que comprovem o diagnóstico;

2- O prazo para resposta de autorização da internação cirúrgica será de 24 (vinte e quatro) horas, após o protocolo do pedido de internação.

#### **8.4.3.- INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA**

a) Nos atendimentos de urgência/emergência, havendo ou não internação, os serviços serão prestados, obrigatoriamente, pelos médicos plantonistas da Rede Hospitalar UNIMED FÁCIL. Caso o cliente faça opção por outro médico cooperado/assistente, os honorários do mesmo serão de sua inteira responsabilidade.

b) O cliente internado em caráter de urgência/emergência, ou quem por ele responda, se obriga a apresentar à CONTRATADA a solicitação de internação expedida pelo médico assistente, no primeiro dia útil seguinte ao evento ou no prazo máximo de 48 horas, para análise e autorização, se coberto o procedimento, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.


c) Em caso de acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, se houver necessidade de evento cirúrgico, leito de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, relacionados a doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença, ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais no artigo 2º da Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98.

d) Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional ao Cliente com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica - porém, ainda cumprindo período de carência - a CONTRATADA se obriga a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial (Art. 4º - Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98).

e) A CONTRATADA garantirá ao CONTRATANTE, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

#### **8.4.4.- PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO**

A prorrogação do prazo de internação dependerá sempre da solicitação justificada do médico assistente e será apreciada pela auditoria médica da CONTRATADA, devendo o

*Dra. Margarete D. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
  
Cuiabá

10

cliente ou quem por ele responda, encarregar-se de providenciar a nova guia no primeiro dia útil seguinte ao vencimento da internação já autorizada.

**8.5.- PROCEDIMENTOS: (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 10/98)**

a) Consultas médicas, em número ilimitado, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, inciso I, alínea "a", Lei nº. 9.656/98);

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, conforme preceitua o caput do artigo 4º, Resolução CONSU nº. 10;


c) Cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, conforme Resolução específica do CONSU sobre os casos de urgência e emergência;

d) Cobertura de remoção, após, realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

e) Cobertura para procedimentos considerados especiais, tais como:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia ambulatorial;
- Quimioterapia;
- Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);
- Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Hemoterapia;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- Procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- Radioterapia incluindo radiomoldagens, radioimplantes e braquioterapia;
- Nutrição enteral ou paraenteral;
- Cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia;
- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I, da Resolução Normativa nº 167/2008, exceto medicação de manutenção.

f) Cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

*Dra. Margarete B. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058/11  
Assessoria Jurídica  


- g) Cobertura para cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções e da cirurgia buco-maxilo-facial.
  - h) Atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
  - i) 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, da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções previstas no artigo 10, Lei nº. 9.656/98. (Cobertura das doenças do CID 10)
  - j) Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, na Rede de Atendimento do Plano UNIMED FÁCIL, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
  - k) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
  - l) Despesas referentes a honorários médicos;
  - m) Serviços de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
  - n) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
  - o) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais ou medicamentos, utilizados durante a internação;
  - p) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, levando em consideração os critérios estabelecidos na cláusula - Atendimento Fora da Área de Atuação;
  - q) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito e maiores de sessenta anos (Direito a acompanhante para menores 18 anos - Artigo 12, inciso II, alínea "f", Lei nº. 9.656/98);
  - r) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto (Artigo 12, inciso III, alínea "a", Lei nº. 9.656/98);
  - s) Nos casos de transtornos psiquiátricos que necessitem de atendimento ambulatorial, o presente contrato terá cobertura para:
- O atendimento as emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluída as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e

patrimoniais importantes; (Artigo 2º, Resolução nº 11 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar)

- A psicoterapia de crise, entendida esta 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 e sendo limitada a 12(doze) sessões por ano contrato, não cumulativas; (Artigo 2º, Resolução nº. 11 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar).

t) Nos casos de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação, o presente contrato terá cobertura para:

- Estando o paciente em crise, 30 (trinta) dias de internação por ano contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica de hospital geral.
  - 8 semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia
  - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, o período se estenderá para 180 dias por ano.
- Na intoxicação ou abstinência (dependência química), 15 dias de internação por ano contrato, em hospital geral.
- A cobertura de internação hospitalar, para atendimento dos transtornos psiquiátricos ou intoxicação, nos dias em que excederem a cobertura integral de 15 e 30 dias será cobrada a seguinte co-participação:

| PROCEDIMENTOS   | CO - PARTICIPAÇÃO  |
|---|--------------------|
| <i>Transtornos Psiquiátricos nos dias que excederem a cobertura integral de 15 e 30 dias: Todos</i> | 30% por internação |

O cliente pagará em todos os procedimentos acima, as devidas co-participações estabelecidas neste contrato.

u) A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS (Rol de Procedimentos vigente). (Artigo 10, § 4º, Lei 9.656/98);

8.6. - A CONTRATADA reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, descredenciar médicos, laboratórios e qualquer outra entidade, a seu exclusivo critério, objetivando aprimorar o padrão de atendimento, com exceção dos estabelecimentos hospitalares, quando a substituição somente poderá ser efetivada mediante prévia notificação aos Contratantes e a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com prazo de 30 (trinta) dias, ressalvando-se os casos decorrentes de rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

8.6.1 - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o item anterior, ocorrer por resolução da CONTRATADA ou da ENTIDADE HOSPITALAR, durante período de internação do cliente, obrigam-se: a CONTRATADA e o ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, a manter a internação do cliente, até a sua alta hospitalar.

Dra. Margarete D. M. Spadoni  
OAB/MT 8858 13  
Assessoria Jurídica  
Unimed

**8.6.2** - Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer em decorrência de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA obriga-se a arcar com todas as despesas necessárias a transferência e continuidade do tratamento do cliente, para outra entidade Hospitalar, nos termos deste contrato.

**8.6.3.**- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar a ANS autorização expressa para tanto, informando:

- Nome da entidade a ser excluída;
- Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter a cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

**8.7** - Será fornecido a CONTRATANTE o Guia de Médicos Cooperados e Hospitais da Rede de Atendimento do Plano UNIMED FÁCIL, contendo a relação de médicos cooperados e prestadores credenciados pela UNIMED CUIABÁ, poderá ainda consultar a rede credenciada do Sistema Unimed por meio de acesso ao sitio da Unimed na Internet: [www.unimedcuiaba.com.br](http://www.unimedcuiaba.com.br).

#### CLÁUSULA IX - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

**9.1** - Não terão cobertura para fins do presente contrato os seguintes serviços:

a) *Tratamento ambulatorial ou hospitalar em instituição que utilize tabela própria não prevista na Nota Técnica Atuarial do presente Plano de Saúde;*

b) *Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, bem como Medicina Ortomolecular e Mineralograma de Cabelo;* Tratamento clínico ou cirúrgico experimental é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisa em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

c) *Consultas, Serviços de Enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;*

d) *Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses, próteses para o mesmo fim, salvo as cirurgias plásticas reconstrutiva de mama (Art. 10-A, Lei 9.656/98), ou aquelas para recuperação de funções;* Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses, próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total do órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

e) *Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato*

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica

**cirúrgico;** prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

**f) Inseminação artificial:** técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

**h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, salvo casos de obesidade mórbida previsto no artigo 5º, inciso II, parágrafo único, alínea "a", da Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 10/98;**

**i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

**j) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados:** medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

**k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar:** medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado ou cujo o uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

**l) Transplantes, excetuando-se os de córnea e rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I, da Resolução Normativa nº 167/2008;**

**m) Exames Admissionais, Demissionais e Periódicos, relativos à medicina ocupacional;**

**n) Acidentes do Trabalho;**

**o) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**

**p) Procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgia buco-maxilo-facial, que necessite de ambiente hospitalar,**

Dra. Margarete P. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
Unimed

solicitado e executado por médico cooperado-assistente;

q) *Atendimentos fora das cidades de Cuiabá e Várzea Grande.*

9.2 A Cirurgia plástica restauradora só terá cobertura contratual quando efetuada unicamente para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões, desde que, não sejam para fins estéticos.

#### CLAUSULA X - TRANSPLANTES

10.1.- *O presente Plano de Saúde não prevê a cobertura de transplantes, excetuando-se os transplantes de córnea e rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I, da Resolução Normativa n° 167/2008, além das despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.*

10.1.1. - *Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias a realização do transplante, incluindo:*

- a) *as despesas assistenciais com doadores vivos;*
- b) *os medicamentos utilizados durante a internação;*
- c) *o acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;*

10.1.2. - *Os clientes inscritos no plano e candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNCDOs - e sujeitar-se-ão aos critérios de fila única de espera e de seleção.*

#### CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 11, da Lei 9.656/98, e Resolução n°. 2, do CONSU.

11.1. - *Da inclusão de clientes com doenças ou lesões preexistentes:*

11.1.1 - *Para todos os clientes inscritos que apresentarem doenças e lesões pré-existent, será exigida neste Contrato, a condição de agravo ou cobertura parcial temporária (carência de 24 meses), cabendo ao cliente, mediante declaração expressa, escolher entre as duas opções apresentadas acima, a que melhor lhe convier.*

“GLOSSARIO”:

“AGRAVO” - *qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano de Saúde;*

“COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA” - *aquela que admite num prazo determinado - até 24 meses - a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos*



de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados apenas aos casos de doença ou lesão preexistente.

11.1.2- *Em caso de contratação da cobertura parcial temporária estará suspensa a cobertura de evento cirúrgico, uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada.*

11.1.3 - *Nos casos de contratação de Agravo, a CONTRATADA obriga-se a esclarecer a CONTRATANTE, quanto à diferença dos valores envolvidos em comparação com os demais planos da mesma segmentação.*

11.2.- A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11, da Lei 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como ato fraudulento, salvo se a CONTRATADA no ato da contratação realizar perícia, não cabendo após a contratação a alegação de Doença ou Lesão Preexistente.

11.3.- Fica o CONTRATANTE obrigado a informar a CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito a suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único do artigo 14 da Lei n°. 9.656/98.

11.4.- Será escolhido pelo CONTRATANTE, um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos de rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE.

11.5.- Caso o CONTRATANTE opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

11.6.- A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do CONTRATANTE em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

11.7.- O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

11.8.- Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada, se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no CONTRATANTE.

11.9.- A CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

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

11.12.- Caso o CONTRATANTE não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

11.13.- Se solicitado pela ANS, o CONTRATANTE deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

11.14.- Após o julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o CONTRATANTE passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação.

11.15.- Fica estabelecido, que não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS.

11.16.- *A fórmula de cálculo do Agravo será permanentemente disponibilizado pela CONTRATADA, para análise da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, e interessados.*

11.17. - *Para os clientes contratantes da condição de agravo ou cobertura parcial temporária, será exigido, neste Contrato, o cumprimento das carências prevista na Cláusula - CARÊNCIAS.*

11.18. - Para efeito de apresentação da DECLARAÇÃO DE SAÚDE, CONTRATANTE - e seus clientes - e CONTRATADA, obrigam-se a cumprir bem e fielmente as disposições contidas na Resolução n°. 2, de 03.11.98, do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar.

11.19. - A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do Cliente sobre a sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei n°. 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento, aplicando-se o procedimento previsto nas Resoluções CONSU - Conselho de Saúde Suplementar n°. 02/98 e RN 55/03.

**CLÁUSULA XII - ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO UNIMED FÁCIL**

12.1.- Na necessidade de utilização deste plano de saúde, nos casos de Urgência e Emergência em cidades fora da área de abrangência do Plano UNIMED FÁCIL, fica acordado que a CONTRATADA somente estará obrigada a arcar com os custos semelhantes aos previstos na tabela abaixo, desde que, observadas as cláusulas contratuais e normas administrativas locais.

| PROCEDIMENTOS            | TABELA                         |
|--------------------------|--------------------------------|
| Serviços Médicos         | Tabela da Rede UNIMED FÁCIL    |
| Exames Complementares    | Tabela da Rede UNIMED FÁCIL    |
| Medicamentos             | ABCFARMA                       |
| Materiais                | Tabela da Rede UNIMED FÁCIL    |
| Internações Hospitalares | HOSPITAIS DA REDE UNIMED FÁCIL |

12.2.- Caso existam diferenças nos valores cobrados, estes serão de inteira responsabilidade da CONTRATANTE.

12.3.- Este contrato não prevê atendimento fora da cidade de Cuiabá e Várzea Grande;

12.4.- Este contrato não prevê a autorização de internações e/ou cirurgias em Hospitais que utilizem Tabela Própria - Alto Custo.

**CLÁUSULA XIII - REEMBOLSO**

13.1.- Em caso de urgência ou Emergência quando se declarar que o CLIENTE não teve condições de utilizar-se dos serviços próprios ou contratados da Rede de Atendimento UNIMED FÁCIL, o mesmo terá direito ao reembolso das despesas havidas, limitadas a abrangência geográfica do contrato, cobertura contratual e aos valores de referência previsto na Cláusula Atendimento Fora da Área de Abrangência do Plano UNIMED FÁCIL, valores esses igualmente atribuídos aos seus serviços próprios ou contratados, ressaltando que o reembolso nas urgências e emergências não poderá ser inferior ao valor praticado pela CONTRATADA junto a rede de prestadores do Plano UNIMED FÁCIL.

- O prazo máximo para a apresentação dos documentos comprobatórios a referendar o pedido de reembolso, será de 01 (um) ano contados da data do evento.
- O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da apresentação do pedido.
- O pedido de reembolso deverá ser obrigatoriamente acompanhado dos seguintes documentos em seus originais:

I. Relatório do Médico Assistente.

II. Conta hospitalar e relatório das despesas com todos os procedimentos e os respectivos Honorários Médicos.

III. Notas Fiscais e Recibos dos Serviços prestados.

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 80589  
Assessoria Jurídica  
Unimed/FA

13.2 - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao cliente, responsabilizando-se a CONTRATADA enquanto perdurar o estado de Urgência ou Emergência.

13.3.- Quando houver Franquia ou Co-participação prevista no Contrato estas deverão ser previamente deduzidas do valor do reembolso.

13.4.- O CLIENTE perderá o direito ao reembolso se deixar de cumprir as exigências desta Cláusula.

#### CLÁUSULA XIV - REMOÇÃO INTER - HOSPITALAR

14.1.- A CONTRATADA obriga-se a promover a transferência do Cliente internado, para outro hospital mantenedor de convênio com esta, na sua área de abrangência e nos precisos termos deste Contrato, sem nenhum ônus adicional para o paciente, obedecendo aos critérios abaixo estabelecidos:

- a. *As remoções somente serão autorizadas para Clientes internados em ambiente hospitalar, o qual não disponha de condições humanas, físicas, técnicas e/ou tecnológicas para atender sua necessidade específica, para outra instituição hospitalar que disponha, comprovadamente, dos recursos necessários para atender a essa necessidade;*
- b. *A remoção será feita através de unidade terrestre - ambulância - totalmente equipada com os recursos técnicos e humanos dos quais o cliente possa necessitar durante o percurso;*
- c. *Fica a cargo da família e/ou representantes do Cliente internado a responsabilidade por reservar vagas na unidade hospitalar de destino;*
- d. *A remoção diz respeito exclusivamente ao traslado de ida do Cliente, não cabendo à CONTRATADA nenhuma responsabilidade pelo retorno do mesmo, nem reembolsos de qualquer natureza, relativos a passagens e/ou hospedagem após a alta hospitalar, salvo em casos de remoção do paciente para outra unidade hospitalar para exames inexistentes no hospital em que esteja internado;*
- e. *A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção, após, realizados os atendimentos classificados como urgência e emergencial, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os Clientes em período de carência para internação hospitalar. (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98)*
- f. *Quando não possa haver a remoção por risco de vida, o Cliente e o prestador do atendimento deverá negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus. (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98)*

*Dra. Margarete B. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
Unimed/PA 20

- g. Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade de remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- h. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- i. Quando o Cliente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º, do artigo 7º, Resolução CONSU - Conselho de Saúde Suplementar nº. 13/98, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção. (CONSU - Conselho de Saúde Suplementar 13/98).
- j. Nos casos de contratação de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, estará o CONTRATANTE sujeito à cobertura das 12 (doze) horas prevista no artigo 2º, CONSU - Conselho de Saúde Suplementar 13, e, via de consequência, transcorrido este prazo ensejará à remoção para o SUS. (Art. 6º, CONSU 13)

#### CLÁUSULA XV - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

15.1.- As divergências de natureza médica sobre os atendimentos previstos no presente Contrato serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pela CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA e um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.


15.2.- Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao Conselho Regional de Medicina, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

15.3.- Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar e os do terceiro serão suportados pela CONTRATADA.

#### CLÁUSULA XVI - CARÊNCIAS.

16.1- Todos os clientes, a partir da data de sua inclusão no Plano de Saúde, cumprirão obrigatoriamente os seguintes prazos de carência:

- a) 24 horas para Acidente Pessoal;
- b) 24 horas para atendimentos de urgência/emergência;
- c) 30 dias para Consultas, Exames de rotina;
- d) 60 dias para Exames Especializados, exceto os constantes nos itens abaixo;
- e) 180 dias para Angiografia Digital, Cineangiocoronariografia, Litotripsia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada;

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  


- f) 180 dias para Fisioterapia;
- g) 180 dias para procedimentos de Ambulatório, Quimioterapia, Radioterapia, Medicina Intervencionista, Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI/CTI;
- h) 180 dias para Hemodiálise e Diálise Peritoneal;
- i) 300 dias para parto a termo;

16.2- Enquanto não cumpridos os prazos de carência acima estipulados, não serão autorizados quaisquer procedimentos.

16.3.- A cobertura do plano estará suspensa, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, nos casos de doenças e lesões preexistentes, aplicando-se a Cláusula (Doenças e Lesões Preexistentes) do presente Contrato.

16.4. - O cliente que optar durante a vigência deste Contrato, pela mudança de acomodação enfermaria para apartamento, deverá cumprir os seguintes prazos para fazer jus a acomodação apartamento:

- 180 dias para internações clínicas em apartamento;
- 300 dias para parto a termo;

Durante o novo período de carência, as internações continuarão sendo permitidas na acomodação enfermaria, desde que o Cliente já tenha cumprido as respectivas carências.

### CLÁUSULA XVII - PREÇOS

17.1. - O preço do Plano de Saúde é pré-estabelecido, na forma prevista no Anexo II da Resolução Normativa/ANS 100/2005, e constantes no Anexo I do presente contrato, que são parte integrante deste instrumento.

17.2 - Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - em co-participação, para a CONTRATADA, por procedimento, na forma abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente, que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.

| PROCEDIMENTOS                     | CO - PARTICIPAÇÃO                                |
|-----------------------------------|--|
| Consultas: Todas                  | R\$ 5,90   |
| Exames de Rotina: Todos           | R\$ 3,50   |
| Exames Especializados: Todos      | R\$ 11,90  |
| Atendimentos Ambulatoriais: Todos | R\$ 4,80   |
| Transtornos Psiquiátricos: Todos  | 30%  |
| INTERNAÇÕES                       |  |
| HOSPITAIS"                        | ENFERMARIA                                       |
| Internação Clínica                | R\$ 50,00 por período de internação ininterrupto |
| Internação Cirúrgica              | R\$ 50,00 por período de internação ininterrupto |
| Internação em UTI/CTI             | R\$ 50,00 por período de internação ininterrupto |

17.3.- O valor pago em co-participação não será abatido do valor referente à mensalidade do plano, nem isenta o cliente do pagamento da mesma, mesmo nos casos em que este valor supere o valor da contraprestação mensal.

17.4.- Os valores prefixados nos casos de internação em planos hospitalares, não serão indexados a procedimentos e/ou patologias, ou especificados em percentual, exceto para internações em transtornos psiquiátricos.

### CLÁUSULA XVIII - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os serviços previstos neste contrato serão remunerados da seguinte forma:

#### 18.1. - INSCRIÇÃO

Pelo cadastramento de cada cliente, serão cobrados os custos administrativos denominados "Taxa de Adesão", conforme Anexo I, a serem pagos mediante emissão de boleto.

#### 18.2. - MENSALIDADE

18.2.1. - **PRÉ-PAGAMENTO BOLETO:** Será emitido um boleto bancário nominal a cada titular, com vencimento para o dia 10 de cada mês e cuja importância corresponderá à soma dos valores devidos por este e seus dependentes.

18.2.2. - **VIGÊNCIA DO PAGAMENTO:** Independentemente da data de vencimento mensal das prestações, acordada no fechamento do contrato, a mensalidade paga, corresponde aos serviços disponibilizados do primeiro ao último dia do mês ao qual se refere a prestação correspondente.

#### 18.3. - FORMA DE COBRANÇA

A CONTRATADA adotará a forma de cobrança bancária ou a que melhor se adeque ao momento.

#### 18.4. - PAGAMENTO EM ATRASO

O não pagamento da fatura/boleto na data do vencimento implicará na cobrança de multa moratória de 2% (dois por cento) acrescida de juros legais, previsto no código civil, no percentual de 1% (um por cento) ao mês.

#### 18.5. - DA SUSPENSÃO OU DENÚNCIA UNILATERAL DO CONTRATO

18.5.1.- O atraso no pagamento das mensalidades por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, acarretará na rescisão contratual ou exclusão do cliente por inadimplência, excetuando-se os casos de fraude, quando então a rescisão será imediata.

18.5.2.- Não serão admitidas neste Contrato, a suspensão ou a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação de clientes, autorizadas anteriormente pela CONTRATADA.

18.6. **REAJUSTE:** Os preços ora pactuados serão reajustados anualmente, após 12 (doze) meses da data de início do Contrato, observando-se o desequilíbrio econômico-financeiro.

Assessoria Jurídica

Unimed

23

gerado pela utilização excessiva de serviços, que comprometam a estabilidade econômico/financeira do Contrato, ou ainda o aumento dos custos médicos e hospitalares, em especial a Tabela de Honorários Médicos - TAMB - e Tabelas dos Hospitais de Mato Grosso, cabendo a CONTRATADA informar a CONTRATANTE, bem como a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o índice de reajuste aplicado.

18.6.1 - Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas **automaticamente**, conforme percentuais estabelecidos nas tabelas constantes dos anexos I e II deste contrato.

#### **CLÁUSULA XIX - VIGÊNCIA**

19.1 - A duração do presente Contrato será de 12 (doze) meses, começando a vigorar a partir da sua assinatura, para efeito de reajuste anual, e da assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário, para efeitos de contagem de carência.

19.2 - Após a primeira vigência o presente contrato prorroga-se, automaticamente, por prazo indeterminado, caso não haja manifestação por escrito de nenhuma das partes até o 11º (décimo primeiro mês), e sem incidência de taxa de renovação.

19.3 - Fica resguardado o direito de rescisão unilateral a qualquer tempo, para ambas as partes, observadas as disposições contratuais, mediante prévio aviso de trinta dias, por escrito, e a devolução, por parte da CONTRATANTE, dos cartões Magnéticos e outros documentos análogos, fornecidos pela CONTRATADA. (Art. 16, inciso II, Lei 9.656/98).

19.4 - Durante o prazo de aviso prévio da rescisão contratual, não será admitida inclusão de novos clientes no Contrato, mesmo os nascidos nesse período.

19.5 - A partir do último dia do aviso prévio da rescisão contratual, cessa para todos os efeitos legais, a responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos, já iniciados ou não, ficando a CONTRATANTE responsável por todas as despesas havidas após essa data.

#### **CLÁUSULA XX - DISPOSIÇÕES FINAIS**

20.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços utilizados fora daqueles pertinentes ao Plano de Saúde, em que estiver inscrito o cliente.

20.2 - É responsabilidade da CONTRATANTE notificar a CONTRATADA, qualquer alteração em seus dados cadastrais, bem como de seus representados (funcionários, sócios, associados e/ou proprietários, assim como de seus dependentes).

20.3 - O serviço de remoção não inclui traslado de corpo em caso de falecimento do Cliente removido, mesmo que a remoção original tenha sido autorizada pela CONTRATADA.

20.4 - Não estão cobertas as remoções aéreas. O cliente que desejar ter a disposição esse serviço, deverá contratá-lo separadamente, através de aditivo contratual, arcando com os custos extras gerados pela inclusão do mesmo.

20.5 - É parte integrante deste contrato o "Glossário" constante no anexo III.

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
Unimed FÁCIL 24



**CLÁUSULA XXI - FORO**

Fica estabelecido que o foro para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato, será o domicílio do CONTRATANTE, considerando-se a área de abrangência do contrato. (Portaria nº 4 da Secretaria de Direito Econômico do Min. da Justiça).

E por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor na presença das testemunhas abaixo.

Cuiabá-MT, 31-07-09

*Carlos Alberto Eilert*  
Presidente da Associação Sind

CONTRATANTE

*Dr. Rubens Carlos de Oliveira Júnior*  
Diretor de Mercado e Marketing  
Unimed

*Dr. Eleno Pereira Aquino*  
Diretor Secretário  
Unimed

CONTRATADA  
Unimed Cuiabá

Testemunhas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO I

VALORES - TITULARES E DEPENDENTES DIRETOS  
PRÉ-PAGAMENTO - EMPRESARIAL BOLETO

| FAIXA ETÁRIA                 | PLANO A<br>ENFERMARIA              |
|------------------------------|------------------------------------|
| 00 à 18 anos                 | 46,93                              |
| 19 à 23 anos                 | 61,47                              |
| 24 à 28 anos                 | 74,14                              |
| 29 à 33 anos                 | 80,71                              |
| 34 à 38 anos                 | 83,05                              |
| 39 à 43 anos                 | 93,38                              |
| 44 à 48 anos                 | 116,37                             |
| 49 à 53 anos                 | 137,49                             |
| 54 à 58 anos                 | 163,30                             |
| 59 anos acima                | 270,74                             |
| <b>TAXAS ADMINISTRATIVAS</b> |                                    |
| <b>INCLUSÃO</b>              | <b>ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO</b> |
| R\$ 12,00                    | R\$ 4,00                           |

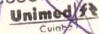
VARIAÇÃO PERCENTUAL ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS - Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

| FAIXA ETÁRIA<br>VARIAÇÃO  | PLANO A<br>ENFERMARIA<br>VARIAÇÃO PERCENTUAL |
|---------------------------|--|
| <i>Para 19 à 23 anos</i>  | 30,98%                                       |
| <i>Para 24 à 28 anos</i>  | 20,62%                                       |
| <i>Para 29 à 33 anos</i>  | 8,84%  |
| <i>Para 34 à 38 anos</i>  | 2,91%  |
| <i>Para 39 à 43 anos</i>  | 12,43%                                       |
| <i>Para 44 à 48 anos</i>  | 24,62%                                       |
| <i>Para 49 à 53 anos</i>  | 18,14%                                       |
| <i>Para 54 à 58 anos</i>  | 18,77%                                       |
| <i>Para 59 anos acima</i> | 65,80%                                       |

O valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

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

Será aplicado o reajuste por faixa etária, quando o cliente completar a idade limite, ressaltando a possibilidade de ser a data de aniversário, no último dia do mês, razão pela qual o mesmo somente arcará com o valor maior, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Dra. Margarete B. M. Spadoni  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
  
Cuiabá

26

## Anexo II

Calendário de Movimentação para o Ano 2009

Segue abaixo calendário de movimentação para o ano de 2009. Solicitamos que as fichas cadastrais/cadastros via internet sejam entregues impreterivelmente nas datas informadas. Caso seja ultrapassado o prazo informado, as mesmas serão acatadas somente para a movimentação do mês subsequente.

| MESES     | DIA          |
|-----------|--------------|
| Janeiro   | 15 (Quinta)  |
| Fevereiro | 13 (sexta)   |
| Março     | 13 (Sexta)   |
| Abril     | 15 (Quarta)  |
| Maio      | 15 (Sexta)   |
| Junho     | 15 (Segunda) |
| Julho     | 15 (Quarta)  |
| Agosto    | 14 (Sexta)   |
| Setembro  | 15 (Terça)   |
| Outubro   | 15 (Quinta)  |
| Novembro  | 13 (Sexta)   |
| Dezembro  | 11 (Sexta)   |

**ANEXO III****GLOSSÁRIO:**

**Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** - órgão vinculado ao Ministério da Saúde, atua como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à Saúde;

**Acidente Pessoal** - é evento exclusivo, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;

**Acidente de Trabalho** - é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto;

**Agravo** - É o acréscimo no valor da mensalidade devido à doença preexistente; **Alto Custo**: tratamento ambulatorial ou hospitalar em instituição que utilize tabela própria não prevista na nota técnica atuarial do presente plano de saúde;

**Ambulatório** - estrutura onde se realizam atendimentos como: consultas, curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários;

**Atendimento Ambulatorial** - é aquele que se limita aos serviços exequíveis em ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar e procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que prescindam de apoio das estruturas hospitalares por período superior a 12 horas;

**Atendimento de Emergência** - é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

**Atendimento de Urgência** - é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional;

**Beneficiário ou Usuário** - é aquele que é favorecido pelos benefícios deste contrato;

**Cálculo Atuarial** - é o cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo do usuário, tipo e custos de procedimentos cobertos, com vistas a manutenção da saúde financeira do plano e cálculos de contribuições. (Cálculo que determina os valores a serem cobrados reajuste de mensalidades);

**Carência** - É o prazo contado a partir do início da vigência do contrato ou das novas inclusões, durante o qual os usuários Titulares e Dependentes, não terão direito as coberturas contratadas, pelo período definido para essa restrição;

**Cartão ou Carteira Individual de Identificação** - é a célula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na Cooperativa contratada, etc) e é também o comprovante de sua aceitação no plano de saúde;

**CID -10** - é o Código Internacional de Doenças, versão 10, divulgado pelo OMS (Organização Mundial de Saúde);

**Cobertura parcial temporária** - É aquela que admite num prazo determinado, a suspensão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões previstas em contrato, podendo ser aplicadas para quaisquer Doenças Específicas ou Lesões Preexistentes;

*Dra. Margarete B. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica

**Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU)** - é órgão colegiado integrante do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar;

**Contratada** - é a UNIMED identificada na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria ou credenciada;

**Contratante** - é a Pessoa Física identificada na Proposta de adesão, que contrata a prestação de serviços de assistência a saúde para si, seus Dependentes;

**Co-participação** - É a parte ou percentual do valor contratado pelo usuário, junto a Operadora, cujo pagamento, ensejará na liberação dos procedimentos qualificados neste contrato;

**Dependentes** - são os usuários descritos na Cláusula Segunda do contrato;

**Doenças ou Lesões Preexistentes** - São aquelas que o usuário ou seu responsável saibam ser portadores na época de contratação do plano;

**Doença** - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;

**Doenças Profissionais** - são aquelas que tiveram origem em decorrência de condições adversas do ambiente de trabalho;

**Médico Cooperado** - é o médico que participa com cotas, numa das Cooperativas de Trabalho Médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED;

**Nota Técnica Atuarial** - É o estudo matemático e atuarial, feito por técnico capacitado. Serve para fixar as taxas dos prêmios de saúde. É a justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde;

**Operadora** - é a Pessoa Jurídica contratada como responsável pela elaboração e comercialização do Produto;

**Órteses** - Dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, durante o ato cirúrgico;

**Patologia(s)** - são modificações funcionais produzidas pela doença no organismo;

**Plano** - é a opção de coberturas adquiridas pelo Contratante;

**Próteses** - Dispositivos mecânicos utilizados no tratamento de algumas patologias, que substituem a função de um segmento ou órgão, visando sua restauração;

**Rol de Procedimentos do CONSU** - É uma lista de procedimentos (exames, cirurgias, tratamentos, etc.) que serve como referência básica para cobertura assistencial conforme cada modalidade do Plano ou Seguro de Saúde.

**Central de Atendimento- 24 horas- SAC. 0800 647 3008 para Surdos 0800 647 3110**

*Dra. Margarete B. M. Spadoni*  
OAB/MT 8058  
Assessoria Jurídica  
Unimed 29