

Acidente pessoal é evento exclusivo, com data caracterizada, 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 do trabalho é qualquer intercorrência que ocorra com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar de saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

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

Atendimento Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.

Apartamento standard acomodação hospitalar individual com banheiro privativo e direito a acompanhante.

Atendimento Hospitalar: É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e pronto - socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins, de diagnóstico, terapia ou recuperação.

Beneficiário é a pessoa favorecida pelo benefício.

Benefício é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, em condição expressa no contrato.

Cálculo atuarial é o cálculo estatístico efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da saúde financeira do plano e cálculo de contribuições.

Carência é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual os usuários não podem fazer uso dos procedimentos cobertos contratados.

Cartão individual de identificação é a cédula 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 é o Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS - Organização Mundial da Saúde.

Coberturas são os procedimentos dos quais o usuário pode fazer uso cumpridas as carências expressas no contrato.

Cobertura Parcial Temporária: É aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às exclusões estabelecidas quando da contratação.

Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU): É o órgão colegiado, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

Consulta é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

Dependentes são os usuários qualificados como esposos, filhos, enteados, adotados, tutelados ou menor sob guarda provisória.

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

Eletivo é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

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

Evento é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário ou de seus dependentes, em decorrência de acidente ou doenças, desde que verificadas durante a vigência do contrato e não estejam excluídas de cobertura. O evento se inicia com a

comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente ou empresa, o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

Exames são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, que possibilitam uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

Internação Hospitalar ocorre quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

Órteses são 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. A órtese auxilia o desempenho de um órgão, por exemplo: marca-passo.

Procedimentos médicos ambulatoriais são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapassem o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.

Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função, utilizada no ato cirúrgico. A prótese substitui de forma artificial uma parte do corpo danificada por doença ou acidente; por exemplo: pinos metálicos e válvulas cardíacas.

Recursos ou serviços credenciados/contratados são aqueles colocados à disposição do usuário pela **CONTRATADA**, para o atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim por terceiros mediante contratos firmados com a contratada.

Reembolso é a devolução de valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede credenciada, até o limite da tabela referência de valores cobertos pelo FUPS.

Tabela de Referência FUPS é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, nas hipóteses em que sejam necessárias à aferição ou reembolso de valores dos serviços de assistência à saúde.

Titular é o funcionários da Coamo, Credicoamo, Arcam ou FUPS.

Urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Usuário é a pessoa física aceita pela **FUPS**, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente.

Vigência é a data a partir da qual passam a estar em vigor os termos e coberturas previstas no Regulamento.