

PLANO AMBULATORIAL - Nº 407.205.997

ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, **visando estritamente a cobertura ambulatorial** de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

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.

CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, o Contratante e seus dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

É considerado Usuário Titular o CONTRATANTE.

Serão considerados Usuários Dependentes:

Cônjuge.

Filhos(as) solteiros(as) até 21 anos.

Filhos(as) solteiros(as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade.

Filhos(as) solteiros(as) inválidos(as)/ cônjuges inválidos (mediante comprovação de dependência pelo INSS).

Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil.

Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

Filhos(as) de Usuários Dependentes nascidos na vigência deste contrato.

O CONTRATANTE fornecerá à UNIMED a relação dos Usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.

A relação da documentação necessária para a comprovação das informações do item anterior encontra-se relacionada no Manual do Cliente disponibilizado pela UNIMED.

O CONTRATANTE comunicará por escrito ou por meio magnético à UNIMED, até o dia 15 (quinze) de cada mês as inclusões e exclusões, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da alteração.

Será garantido o direito de inscrição com cobertura assistencial do recém nascido, filho adotivo ou natural do usuário, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias do parto, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição, poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo usuário adotante, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data de adoção.

Caso a inscrição seja requerida após o prazo do item anterior, vigorarão os prazos de carências estabelecidos no item Carências.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, prevista neste instrumento assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções mencionadas no item *Exclusões de Cobertura*, deste contrato e conforme Lei n.º 9.656/98, relativamente aos procedimentos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames previstos no Rol de Procedimentos divulgado pela ANS e a cobertura das doenças do CID 10, sempre a nível ambulatorial, não havendo cobertura contratual para internação.

Consultas médicas sem limites de utilização, incluindo as consultas e procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, em clínicas básicas e especializadas, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Os Usuários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, salvo aqueles excluídos neste contrato.

Terão direito também os Usuários, nos termos dos artigos 4º, inciso V, da Resolução CONSU nº 10, aos seguintes procedimentos especiais:

- a- Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;
- b- Quimioterapia ambulatorial;
- c- radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);
- d- hemoterapia ambulatorial e
- e- cirurgia oftalmológicas ambulatoriais..

Não terão direito os Usuários, nos termos dos artigos 5º, inciso II, da Resolução CONSU nº 10, aos seguintes procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a- Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;
- b- Quimioterapia;
- c- radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d- hemoterapia;
- e- nutrição parenteral ou enteral;
- f- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g- embolizações e radiologia intervencionista;
- h- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i- fisioterapia e
- j- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de rins e córneas, exceto medicação de manutenção..

Nos casos de transtornos psiquiátricos o Usuário terá direito a psicoterapia de crise, a nível ambulatorial, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissionais da área da saúde mental, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o rol de procedimento editado pela ANS, vigente na data do evento, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência.

Os usuários também terão direito aos atendimentos ambulatoriais, nos casos de transtornos psiquiátricos, para as emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Usuário ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Tratamento básico prestado por médico psiquiatra, envolvendo consultas, em número ilimitado, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Os usuários terão direito a cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente, de acordo com o rol de procedimentos editado pela ANS, vigente na data do evento.

EXCLUSÕES DE COBERTURAS

FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO ENTRE AS PARTES QUE A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, HIPÓTESE EM QUE PODERÁ HAVER REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES ORA AJUSTADOS, E NA HIPÓTESE DE NÃO SER AUTORIZADO NÃO HAVERÁ RESTRIÇÃO DA COBERTURA.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE URGÊNCIA E

EMERGÊNCIA;

ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS EM TERRITÓRIO NACIONAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATUAL, E DE ACORDO COM AS SUAS LIMITAÇÕES;

TRATAMENTOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DECORRENTES DE TRATAMENTOS NÃO CUSTEADOS PELA UNIMED, SALVO SE ESTE INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTO DA ANS NA ÉPOCA DE SUA REALIZAÇÃO;

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU LABORATORIAIS, PARA PATOLOGIAS NÃO RELACIONADAS NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;

TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS;

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, EXCETO PARA OS CASOS DE OBESIDADE MÓRBIDA;

ESCLEROTERAPIA DE VARIZES;

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS DE NATUREZA ESTÉTICA EM GERAL;

CIRURGIA REFRACTIVA, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA, EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS OU QUE NÃO CONTENHA GRAU ESTÁVEL HÁ MAIS DE UM ANO, OU AINDA, PARA CASOS DE MIOPIA COM GRAU INFERIOR A 5 (CINCO) E SUPERIOR A 10 (DEZ) E HIPERMETROMIA COM GRAU SUPERIOR A 6;

TRATAMENTOS CLÍNICOS E/ OU CIRURGIAS, PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO; TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE QUE NÃO SE ENQUADREM NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

REVERSÃO DE VASECTOMIA BILATERAL E LAQUEADURA TUBÁRIA (RECANALIZAÇÃO DE TROMPAS E CANAIS DEFERENTES); PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO HUMANA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA;

TRANSPLANTE DE: FÍGADO; CORAÇÃO; PÂNCREAS; PULMÃO OU OUTRO DE QUALQUER NATUREZA;

DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO CUSTEADOS;

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO;

PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO

RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

DURANTE OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA, OS ATOS MÉDICOS INDISPENSÁVEIS A SUA CONTINUIDADE E NÃO COBERTOS POR ESTE CONTRATO, SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE, QUE OS PAGARÁ DE ACORDO COM A TABELA VIGENTE DE HONORÁRIOS DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E DA FATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO;

EXAME DE PATERNIDADE;

IMPLANTAÇÃO E RETIRADA DE DIU (DISPOSITIVO INTRA UTERINO) HORMONAL, RESSALTANDO QUE HÁ COBERTURA PARA O DIU NÃO HORMONAL;

ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS E POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS;

NECROPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

TODOS OS TIPOS DE INTERNAÇÕES, INCLUSIVE HOTELARIA EM SPA'S OU ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS DE REPOUSO, CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO OU COM FINALIDADES COSMÉTICAS, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS;

MEDICAMENTOS, MATERIAIS, ORTESES E PRÓTESES:

AVIAMENTO DE ÓCULOS; GESSO SINTÉTICO; APARELHOS ORTOPÉDICOS; APARELHOS DE SURDEZ; APARELHOS DESTINADOS À REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO;

FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NACIONAIS OU IMPORTADOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA;

MEDICAMENTOS E PRODUTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA E FARMÁCIA (S.N.F.M.F.) E NÃO REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- ANVISA;

OS MEDICAMENTOS SERÃO FORNECIDOS APENAS PARA OS CASOS DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS;

VACINA IMUNIZANTE.

NÃO SERÃO FORNECIDOS MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR, E NEM

MESMO, PARA FINS PURAMENTE ESTÉTICOS;

ATENDIMENTO DOMICILIAR:

ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA;

MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.

DESPESAS AMBULATORIAIS EXTRAORDINÁRIAS:

DESPESAS AMBULATORIAIS EXTRAORDINÁRIAS REFERENTES A: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, DIETA OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL; SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS REQUERIDOS PELO USUÁRIO TAIS COMO, TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGO-BAR, ESTACIONAMENTO, INDENIZAÇÃO POR DANO OU DESTRUIÇÃO DE OBJETOS, OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E CONDIÇÕES DO CONTRATO. CASO OCORRAM, SERÃO CUSTEADAS DIRETAMENTE PELO USUÁRIO;

DESPESAS AMBULATORIAIS DE INICIATIVA DO USUÁRIO E NÃO PRESCRITAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;

INTERNAÇÕES HOSPITALARES, QUALQUER QUE SEJA;

OUTROS:

PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO A REVELIA DA UNIMED;

MEDICINA DO TRABALHO: EXAMES OCUPACIONAIS (ADMISSÃO, RETORNO AO TRABALHO, DEMISSÃO, PERIÓDICO E MUDANÇA DE FUNÇÃO), TRATAMENTO E INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS, ACIDENTES DE TRABALHO, RESSALVADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO DO USUÁRIO QUE SERÁ ENCAMINHANDO EM SEGUIDA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS;

HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA, OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA;

NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS E TRATAMENTOS RELACIONADOS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS

CARÊNCIAS PREVISTAS EM CONTRATO;

ATENDIMENTO EM CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

NÃO HAVENDO DISPONIBILIDADE TÉCNICA NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED ONDE O USUÁRIO ESTÁ INSCRITO, ESTA O ORIENTARÁ PARA ATENDIMENTO EM OUTRA UNIMED. AS DESPESAS COM A LOCOMOÇÃO, HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO;

FONOAUDIOLOGIA (AVALIAÇÕES E SESSÕES DE FONOTERAPIA), TERAPIA OCUPACIONAL E NUTRICIONISTA QUE EXCEDEREM A SEIS SESSÕES ANUAIS;

DURAÇÃO DO CONTRATO

Este contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que correr primeiro.

Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, sendo assim especificadas:

24 (Vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência definidos como acidentes pessoais.

24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência relativas as complicações no processo gestacional, ou emergências definidas como implicação em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovado em declaração do médico assistente inclusive as emergências psiquiátricas.

30 (trinta) dias para Consultas e para os Exames abaixo elencados, se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde.

Exames / Procedimentos (até 300 Uts)
esses procedimentos.

1. Análises clínicas;
2. Audiometria;
3. Biópsia;
4. Citopatologia (exceto necropsia);
5. Colposcopia e colpocitologia;
6. Eletrocardiograma;

Carências de 30 (trinta dias para todos

7. Eletroencefalograma;
8. Eletromiografia, neurofisiologia clínica;
9. Endoscopia;
10. Exames radiológicos simples e contrastados
11. Exames e testes alergológicos;
12. Exames e testes oftalmológicos;
13. Exames e testes otorrinolaringológicos;
14. Inaloterapia;
15. Liquor;
16. Mamografia;
17. Potencial evocado;
18. Prova de função pulmonar;
19. Teste ergométrico;
20. Ultra-sonografia.

90 (noventa) dias para fisioterapia e pequenos procedimentos ambulatoriais (até 300 UTs), se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde.

180 (cento e oitenta) dias para a realização de exames e realização de procedimentos ambulatoriais, de custo superior a 300 Uts (trezentas Unidades de Trabalho).

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

No momento da adesão poderá ser escolhido pelo consumidor, um médico para proceder à uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Unimed, sem qualquer ônus para o consumidor. O beneficiário poderá, ainda, optar por ser orientado por médico não pertencente à rede de credenciados/referenciados/contratados da Unimed, desde que assumo o ônus financeiro deste profissional.

Obrigam-se todos os Usuários, a responder um questionário de próprio punho, devidamente assinado, declarando ser ou não portador de doenças ou lesões pré-existentes, que é aquela que o mesmo seja sabedor de sua existência no momento da contratação do plano. Em caso afirmativo, o usuário deverá optar por uma das seguintes condições.

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

Opção de Cobertura Parcial Temporária - com prazos definidos conforme a legislação em vigor e com máximo de 24(vinte e quatro) meses para todos os procedimentos relacionados a esta(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), ou seja, suspensão por 24 meses para procedimentos de alta complexibilidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

Uma das opções acima disponibilizadas deverá ser escolhida pelo usuário no momento da

contratação e assinatura da declaração de Saúde.

Caso seja identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão do plano, a operadora deverá comunicar imediatamente o consumidor e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme disposto no artigo 15, da Resolução Normativa 162/07.

A UNIMED poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento, após análise da ANS e de acordo com procedimento descrito na Resolução Normativa 162/07, ficando o CONTRATANTE obrigado a ressarcir a UNIMED por todas as despesas decorrentes dos atendimentos às doenças pré-existentes, devendo o usuário ser notificado previamente pela UNIMED para que ocorra o ressarcimento aqui previsto.

Até que haja decisão da ANS, devidamente publicada, quanto ao encerramento do processo, a Unimed não poderá negar cobertura de atendimento as DLPs, bem como, não poderá suspender ou rescindir o presente contrato por comportamento fraudulento pela omissão de informações da existência de doenças e lesões pré-existentes.

Neste caso, apenas serão objeto do ressarcimento, as despesas ocorridas após a comunicação efetivada pela Unimed ao usuário, e a cobrança, poderá ocorrer somente após o julgamento da ANS.

Na hipótese do Usuário possuir cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para o que for objeto deste acordo (CPT) para esta doença ou lesão será limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Quando o usuário for submetido a qualquer tipo de perícia ou exame para sua admissão ao presente contrato, a Unimed não poderá alegar omissão de informação de doenças e lesões pré-existentes.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos casos de urgência ou emergência, o Usuário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela UNIMED, na modalidade prevista neste contrato, sendo garantida a cobertura ambulatorial, conforme artigo 2º da Resolução CONSU n.º 13, devendo para tanto, identificar-se como Usuário, apresentar a carteira de identificação e cédula de identidade.

cumprida a carência, os usuários terão direito a cobertura integral do atendimento de urgência e emergência, bem como, nos casos de complicações do processo gestacional, somente a nível ambulatorial, pelo período de 12 horas ou até que haja necessidade de internação.

Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de procedimentos de alta complexidade relacionados as doenças e lesões

préexistentes.

São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os Usuários, caracterizados por declaração do médico assistente. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Decorrido 24 (vinte e quatro) horas da vigência deste contrato, fica assegurado aos usuários, o atendimento integral a nível ambulatorial para os casos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, nos termos do artigo 2º, da Resolução CONSU no. 13/98.

Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Usuário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

REEMBOLSO

Nos casos de urgência e emergência quando restar comprovada a não possibilidade de utilização dos serviços próprios contratados ou credenciados dentro da área geográfica de abrangência pelo Usuário, conforme artigo 12, inciso VI, da Lei n.º 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela UNIMED aos serviços prestados, tendo como base a Tabela Hospitalar Referência da UNIMED para atribuições de valores e despesas **hospitais** e Tabela da Associação Médica Brasileira para consultas, exames, procedimentos e honorários médicos, de acordo com UT- Unidade de Trabalho e outros índices vigentes, não podendo ser inferior aos valores praticados pela UNIMED junto a sua rede de prestadores. Os materiais e medicamentos serão reembolsados de acordo as Tabelas Brasíndice e SIMPRO na rubrica preço fábrica que são os preços praticados junto a Rede de Atendimento da UNIMED. As órteses, próteses e materiais especiais, (OPME), serão reembolsadas pelo menor valor das cotações realizadas pela UNIMED, mediante apresentação de nota fiscal competente. O reembolso previsto neste contrato, abrange apenas e tão somente os procedimentos hospitalares ambulatoriais.

O reembolso deverá ser requerido no prazo máximo de 1 (um) ano, sob pena de prescrição e será efetuado pela UNIMED no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:

Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.

Conta **hospitalar** discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.

Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.

Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiológicos e serviços auxiliares (fisioterapia, analoterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento

do pedido do médico que assistiu o usuário.

REMOÇÃO

Os Usuários terão direito, também, a remoção inter hospitalar terrestre, quando a sua necessidade for atestada por médico assistente, compreendendo a remoção dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

Nos casos em que o Usuário necessite de internação, caberá a Unimed o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Na remoção, a Unimed 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.

Quando o paciente ou seus responsáveis não admitirem a remoção a uma unidade do SUS e optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em outro local, a Unimed estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

Cartão de Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação.

Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ ____ (____), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

Consultas Médicas: Os usuários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

Atendimentos ambulatoriais e cirurgias ambulatoriais: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela CONTRATADA.

Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deverá dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não cooperados.

A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempassador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do sítio (_____). O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia Médico.

A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido.

A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

REAJUSTE

Todos os preços previstos neste contrato, fixado em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente, de acordo com os índices permitidos pela ANS.

O presente contrato poderá ser reajustado a qualquer tempo em função de reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, mediante autorização da ANS, visando a adequação aos novos preços de mercado e à demonstração analítica de componentes de custos, devidamente justificadas, e também o equilíbrio econômico financeiro, bem como a viabilidade da continuidade deste contrato.

FAIXAS ETÁRIAS- APÓS RN 63

As faixas etárias de que trata este contrato são:

IDADES	% reajuste
0 a 18 anos	

19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 em diante

21.2- As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o Usuário inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos Usuários deste contrato, dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada Usuário, conforme os percentuais constantes acima.

A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima, que incidirão sobre o preço pago pelo Usuário e não se confundem com reajustamento pela variação de custo.

Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

FAIXAS ETÁRIAS- ANTES RN 63

As mensalidades são automaticamente reajustadas em razão da idade do usuário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados.

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 17	%
18 A 29	%
30 A 39	%
40 A 49	%
50 A 59	%
60 A 69	%
70 ou +	%

O valor da última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira.

O usuário com mais de sessenta anos de idade que participe de um plano na mesma operadora, ou plano sucessor, por período contínuo e superior a 10 (dez) anos, não sofrerá reajuste em razão de mudança de faixa etária.

CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Os usuários serão automaticamente excluídos do plano, nas seguintes condições:

- c) pela morte ou ausência reconhecida por decisão judicial, nos termos da lei Civil;
- d) pela separação judicial ou divórcio do cônjuge do Contratante, caso não haja pactuação em sentido contrário;
- e) pela separação judicial do companheiro do Contratante, caso não haja pactuação em sentido contrário;
- f) quando o filho ou filha, completar 22 anos de idade e não estar cursando faculdade;
- g) quando o filho ou filha que estiver cursando faculdade, completar 25 anos de idade.
- h) a pedido do beneficiário titular.

O Usuário que perder a condição de dependente será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se o Contratante a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente à UNIMED, salvo quando esta informar a readequação de grau de parentesco, conforme previsão contratual.

As exclusões de Usuários deverão ser comunicadas pelo Contratante, por escrito ou meio magnético até o dia 15 (quinze) de cada mês, acompanhadas das respectivas carteiras de identificação, garantindo o atendimento para estes Usuários até o último dia do mesmo mês. O pedido de exclusão, não dispensa o Contratante de efetuar o pagamento da respectiva mensalidade do mês em que se operar a exclusão.

A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

RESCISÃO

O não pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará a suspensão ou rescisão do presente contrato, devendo o CONTRATANTE ser avisado da rescisão do contrato de serviços, até o 50º dia de atraso.

Este contrato poderá ser rescindido a qualquer momento QUANDO:

1- Caso as partes não cumpram as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou por força maior que não permita as partes o prosseguimento de suas atividades;

2- Pelo não pagamento das mensalidades correspondentes por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a parte inadimplente seja comprovadamente notificada até o quinquagésimo dia de inadimplência;

3- Por conduta fraudulenta da CONTRATANTE, ou de qualquer Usuário pertencente ao presente instrumento, titular ou dependente, seja ela omissiva ou comissiva.

No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser notificada judicial ou extrajudicialmente da rescisão contratual, ficando responsabilizada ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescente e eventuais perdas e danos.

O presente contrato rescindir-se-á também por iniciativa do Contratante por escrito.

Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão por iniciativa da Contratada, havendo usuários em período de internação, compromete-se a mesma a arcar integralmente com as respectivas despesas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

A UNIMED fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções, com objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações pertinentes.

A CONTRATANTE obriga-se a informar todas as movimentações cadastrais dos Usuários, bem como, inclusões, alterações, exclusões, dentre outras, mensalmente até o dia 15 (quinze) de cada mês, nos termos solicitados nas normatizações vigentes do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB editados pela ANS.

A CONTRATANTE expressamente declara e autoriza a UNIMED a tramitar para fins de auditoria médica e abastecimento de Prontuário Eletrônico alocado em seu Portal, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos Usuários da CONTRATANTE, observado o disposto no Código de Ética Médica, no interesse estritamente médico, ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes, responsabilizando-se a CONTRATANTE em obter junto aos mesmos as respectivas autorizações.

Todos os eventos (para consultas médicas, avaliações, exames, procedimentos de diagnose, terapia e hospitalização) devem ser preferencialmente solicitados pelo médico assistente, sendo que sua realização dar-se-á somente por médicos cooperados ou credenciados em locais credenciados.

Fica inequivocamente ajustado que as carteiras de identificação expedida pela UNIMED em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se a CONTRATANTE a recolhê-las e devolvê-las no caso de rescisão contratual.

A utilização dos serviços em desconformidade com as regras pactuadas neste instrumento serão de

responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato serão considerados documentos hábeis a proporcionar condições de serem cobrados judicialmente.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual do Usuário, o Cartão de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ _____, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

SIGILO MÉDICO: compromete-se o (a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

RECLAMAÇÕES: as reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

São adotadas as seguintes definições:

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

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

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

USUÁRIO/BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

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

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

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

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

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

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

As partes destacam de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54, 3º do CDC, que a responsabilidade da UNIMED limita-se à relação de serviços enumerados no item Cobertura Assistencial, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos Usuários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exame complementares e serviços auxiliares não expressamente citados neste contrato e no Rol de Procedimentos editado pela ANS não tem cobertura neste contrato.

E, por assim estarem justas e contratadas assinam este Contrato em 03 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas.

ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o Foro da sede da CONTRATANTE para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

Caso a UNIMED seja demandada em qualquer outro Foro que não o de eleição previsto neste contrato, fica a CONTRATANTE responsável pelo ressarcimento de todas as despesas feitas de viagem, traslados, hospedagem dentre outras, utilizando-se os critérios fixados pela UNIMED. O valor total das despesas ocorridas em 01 (um) mês, será devidamente discriminada e incluído na

fatura do mês subsequente a ser encaminhada à CONTRATANTE.