

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, 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, os empregados ativos e inativos e/ou diretores da CONTRATANTE e seus dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

São considerados Usuários Titulares os empregados e/ou diretores da CONTRATANTE expressamente cadastrados no contrato.

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.

A CONTRATANTE fornecerá à UNIMED a relação dos Usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e 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.

A CONTRATANTE comunicará por escrito ou por meio magnético à UNIMED, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as alterações/e ou movimentações, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subseqüente 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.

Considerando-se todas as tratativas deste contrato, a Contratante obriga-se a garantir a permanência da quantidade mínima de _____ usuários, não podendo ser reduzida, sob as penas previstas nas cláusulas de Rescisão deste instrumento

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID- 10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com acidentes de trabalho e saúde ocupacional, ressalvados os procedimentos previstos na Norma Regulamentadora no. 7, do Ministério do Trabalho, os quais são de responsabilidade da Empresa Contratante.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

Cobertura Ambulatorial

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

I - Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas

básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

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

IV - Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

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

VI - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

a) atividades educacionais;

b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

c) atendimento clínico;

d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

II - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

III - Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

IV - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

V - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI - Cobertura de 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;

VII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

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

IX - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para

aqueles portadores de necessidades

especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

X - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente,

habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XI - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

XII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista; i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção.

XIII - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

XIV - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XV - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XVI - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

XVII - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XVIII - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de _____% (___ por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XIX - transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação

específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários 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 ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

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 REFRAATIVA, 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, EXCETO OS DE RIM, CÓRNEA E MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGA;

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

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NÃO ESTÉTICA;

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 E NAS INTERNAÇÕES, 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;

INTERNAÇÕES OU HOTELARIA EM SPA'S OU ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS DE REPOUSO, CLINICAS 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 INTERNAÇÕES E ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS;

NÃO SERÃO FORNECIDOS MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR, E NEM MESMO, PARA FINS PURAMENTE ESTÉTICOS;

VACINA IMUNIZANTE (EXCETO SE INTERNADO).

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 HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:

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

INTERNAÇÕES HOSPITALARES FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO, ALTO CUSTO E TABELA PRÓPRIA, DE CUJA RELAÇÃO DAS ENTIDADES HOSPITALARES PODERÃO SER OBTIDAS JUNTO A CADA UMA DAS UNIMEDS DO LOCAL ONDE SE PRETENDE O ATENDIMENTO;

ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, SALVO NA HIPÓTESE DA OCORRÊNCIA DO ARTIGO 33 DA LEI N.º 9.656/98;

TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO. EXCETO PARA O ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS, MAIORES DE 60 ANOS E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS.

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.

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;

HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA, OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA;

NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS 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 CONJTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de ____ (O CAMPO SERÁ PREENCHIDO NO

MOMENTO DA CONTRATAÇÃO) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os períodos de carências passarão a contar a partir do dia 1º que corresponderá à data de adesão do usuário realizada por meio da CONTRATANTE, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Os períodos de carência que deverão ser observados pelos Usuários são os seguintes:

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.

Carências de 30 (trinta dias para todos

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

180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas, cobertas por este contrato, inclusive as referente à saúde mental.

300 (trezentos) dias para partos a termo.

Caso o número de participantes seja maior ou igual a 30 (trinta) Usuários, estarão os mesmos dispensados do cumprimento dos prazos de carências, desde que o usuário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica Contratante. .

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 assuma 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 declara, 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 eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e 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 omissão de informação 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.

Caso o número de participantes seja maior ou igual a 30 (trinta) usuários o contrato cobrirá qualquer doença preexistente, sem o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária ou Cobrança de Agravo, desde que o usuário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica Contratante.

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 integral ambulatorial e hospitalar, conforme artigo 5º da Resolução CONSU n.º 13, devendo para tanto, identificar-se como Usuário, apresentar a carteira de identificação e cédula de identidade.

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 eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados as doenças e lesões pré-existentes.

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.

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.

DO 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 hospitalares 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 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 de doenças e lesões pré existentes, em que o Usuário necessite de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, e haja acordo de CPT (Cobertura Parcial Temporária), caberá a Unimed o ônus e a responsabilidade da remoção interhospitalar terrestre 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 rescisão 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, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: 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 ou cirurgião dentista, 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 ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.

Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem

responda por ele, deve 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 ou cirurgião-dentista, 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 a urgência.

A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista 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.

Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

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 responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade,

através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados correção monetária com base na Tabela Prática do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

REAJUSTE

Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice XX. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de Y meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
4. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.
7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

FAIXAS ETÁRIAS

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.

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho, mantido pela CONTRATANTE com o Usuário titular, este e os respectivos Usuários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

Nos casos de ex-empregados, quando da rescisão de contrato ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao Usuário titular o direito a manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozam quando da vigência do contrato de trabalho, inclusive, com todas as vantagens decorrentes de negociação coletiva, desde que, já contribuisse no plano contratado e ainda assumindo pagamento integral da mensalidade, conforme determinação da legislação em vigor.

O período de manutenção de condição de Usuário a que se refere o subitem anterior será de um terço de tempo de permanência no plano mantido pela CONTRATANTE, não podendo ser inferior a 06 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, e cessará quando da admissão em novo emprego.

A manutenção assegurada nos itens anteriores desta cláusula se estende aos Usuários Dependentes.

No caso de morte do Usuário Titular, será assegurado aos Usuários Dependentes a manutenção do atendimento previsto no presente contrato, de acordo com as condições previstas no artigo 30 da Lei 9656/98

Ocorrendo a aposentadoria do Usuário Titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde da CONTRATANTE há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito a manutenção do plano de saúde nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, inclusive, com todas as vantagens decorrentes de negociação coletiva, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, por prazo indeterminado, cessando quando da admissão em outro emprego.

Caso o período de permanência no plano coletivo seja inferior aos 10 (dez) anos, a manutenção do plano de saúde aqui assegurada terá duração de 01 (um) ano para cada ano em que se manteve contribuindo para o plano de saúde da CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

A manutenção assegurada se estende aos Usuários Dependentes.

O disposto neste item Continuidade Assistencial aplicar-se-á somente para ex-funcionários: aposentados ou exonerados sem justa causa, na vigência do presente instrumento, não sendo extensivo àqueles Usuários Titulares, com vínculo empregatício rescindido ou aposentado anteriormente a esta contratação.

No prazo de 30 (trinta) dias, após o término do prazo do benefício de continuidade assistencial, a Unimed colocará à disposição do usuário, um plano de saúde familiar ou individual, em que o mesmo aproveitará todos os prazos de carências já cumpridas.

O usuário deverá fazer a opção pelo produto individual ou familiar da Unimed, no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento

O presente contrato caracteriza-se pela contratação coletiva empresarial devendo a inclusão ser automática na data da vinculação do usuário à CONTRATANTE, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada.

CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O Usuário que perder a condição de dependente será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se a 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.

O Usuário perderá a condição de titular, sendo automaticamente excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes quando for extinto seu vínculo com a CONTRATANTE, e, nas hipóteses previstas em lei não fizer a opção pela continuidade assistencial.

No caso de morte do Usuário Titular, será assegurado aos Usuários Dependentes a manutenção do atendimento previsto no presente contrato, de acordo com as condições previstas no artigo 30 da Lei 9656/98.

As exclusões de Usuários deverão ser comunicadas pela 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 de exclusão.

RESCISÃO

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes.

Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por

qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de R\$ _____ ou % _____ das mensalidades restantes para se completar este período.

O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

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.

27.2- Caso a UNIMED seja demandada em qualquer outro Foro que não o de eleição previsto no item anterior, 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.