

PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO – PADRÃO B
Nº 700.969.991

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, 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 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 anestesiológico 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 do 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 ambulatorios, 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 peritoneal - 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/10º 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.

EXCLUSÃO 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, 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 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 ocorrer 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.

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 alérgicos;
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.

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 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 pré-existentes, 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 ambulatorial e hospitalar, conforme artigo 3º 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 nos casos de complicações do processo gestacional e quando em cumprimento de carência, pelo período de 12 horas ou até que haja necessidade de internação.

cumprida a carência, os usuários terão direito ao atendimento de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários a preservação da vida, órgãos e funções, nos termos do artigo 3o., da Resolução CONSU no. 13/98.

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.

garantia de atendimento limitado às primeiras 12 horas, ou até que ocorra a necessidade de internação nos casos em que o atendimento de urgência ou emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

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 para os casos de urgências decorrentes de acidentes pessoais, nos termos do artigo 3o., § 2o., da Resolução CONSU no. 13/98.

os usuários terão direito a cobertura do atendimento de urgência e emergência, nos casos de complicações no processo gestacional e quando em cumprimento de carência, pelo período de 12 horas ou até que haja necessidade de internação, nos termos do artigo 4o., 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.

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, 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

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.

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.

A co-participação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização do procedimento.

Este contrato prevê co-participação em consultas, exames e internações, conforme os valores previstos a seguir:

Procedimentos	Valor de Co-Participação
Consultas	___% do valor de cada consulta
Exames	___% do valor de cada exame

Internações R\$ _____ por evento

Os valores de co-participação para consultas e exames serão cobrados por procedimentos realizados, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela CONTRATADA no pagamento de seus prestadores, conforme Tabela de Referência disponível para consulta em sua sede. Em relação as internações, os valores serão cobrados por evento.

Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento da co-participação estipulada, que será cobrada pela CONTRATADA juntamente com as faturas mensais.

Os valores de co-participação serão reajustados anualmente, respeitando-se a data de aniversário do contrato, de conformidade com a variação do IPC - Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor de Saúde), da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisa Econômica) ou outro índice oficial que venha a substituí-lo no caso de sua extinção, obedecendo as normatizações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor na data da contratação.

Não haverá co-participação do usuário, sobre as consultas de pré-natal, puericultura, urgência e emergência, as quais, serão pagas integralmente pela Unimed.

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 correção monetária com base na tabela prática do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 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

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.

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 PREEEXISTENTE: 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.