

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA COLETIVO POR ADEÇÃO – ENFERMARIA – NACIONAL

a - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA/CONTRATADA

UNIMED Maceió - Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ/MF: 12.442.737/0001-43

Registro da Operadora na ANS n.º: 32768-9

Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica

Endereço: Av. Fernandes Lima, nº 3113, Farol, Maceió/AL, CEP: 57057-000

b - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: PROGRAMA DE ASSISTENCIA A SAÚDE DO TRT DA 19ª REGIÃO

Nome Fantasia: PRO TRT 19

CNPJ/MF: 07.175.139/0001-15

Endereço: AV DA PAZ EDF. PONTES DE MIRANDA, 2076 4º ANDAR CENTRO MACEIÓ
ALAGOAS

c - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- NOME COMERCIAL DO PLANO: **UNIVIDA BÁSICO COLETIVO POR ADEÇÃO**

- NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: **416051997.**

d - TIPO DE CONTRATAÇÃO:

- COLETIVO POR ADEÇÃO

e - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

- AMBULATORIAL MAIS HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

f - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

- NACIONAL

g - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

- Grupo de municípios

h - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

- ENFERMARIA

i - FORMAÇÃO DO PREÇO:

- Pré-estabelecido

Por este instrumento particular, as partes acima qualificadas, ambas por meio de seus representantes legais devidamente constituídos e adiante assinados, resolvem



celebrar este Contrato de Prestação de Serviços Médicos, Ambulatoriais e Hospitalares com Obstetrícia, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

Cláusula I - OBJETO DO CONTRATO

- 1.1 A UNIMED, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, prestará aos usuários inscritos neste Contrato, assistência médico-hospitalar de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, estritamente de acordo com a Lei n.º 9.656/98 e o Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compreendida nos termos das disposições ora ajustadas, com o pagamento nas condições aqui pactuadas e na "**Proposta de Admissão**", documento que fica sendo parte integrante deste instrumento para todos os fins de direito.

Cláusula II - NATUREZA DO CONTRATO

- 2.1 Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações às partes e aos usuários inscritos, conforme disposição no Código Civil Brasileiro e do Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

Cláusula III - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 3.1 NOME COMERCIAL DO PLANO: UNIVIDA BÁSICO COLETIVO POR ADESÃO

- 3.2 NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: 416051997

Cláusula IV - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

- 4.1 COLETIVO POR ADESÃO

Cláusula V - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

- 5.1 Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia com acomodação padrão de enfermaria.

Cláusula VI - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

- 6.1 Os serviços ora pactuados serão prestados exclusivamente na área de abrangência geográfica qualificada como NACIONAL, qual seja, restrita ao Território Nacional.

Cláusula VII - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO



7.1 ENFERMARIA – quarto coletivo sem banheiro privativo

7.2 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED, nos moldes contratados, é garantido acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional.

Cláusula VIII - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1 São considerados USUÁRIOS TITULARES para efeito deste Contrato, aquelas pessoas naturais que, sem relação trabalhista, possuam vínculo de caráter associativo ou sindical, com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

8.1.1 Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

8.1.2 Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

8.1.3 Associações profissionais legalmente constituídas, desde que constituídas há pelo menos um ano;

8.1.4 Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, desde que constituídas há pelo menos um ano;

8.1.5 Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, desde que constituídas há pelo menos um ano;

8.1.6 Entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985, desde que constituídas há pelo menos um ano;

8.1.7 Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras – DIOPE, desde que, da mesma forma, estejam constituídas há pelo menos um ano.

8.2 Serão considerados USUÁRIOS DEPENDENTES aqueles que mantenham com o TITULAR uma das seguintes relações:

8.2.1 Cônjuge;

8.2.2 A(o) companheira(o) que comprove união estável como entidade familiar, conforme a lei civil, bem como o (a) companheiro do mesmo



sexo, situação esta a ser comprovada mediante declaração particular ou pública em cartório;

8.2.3 Filhos solteiros até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) de idade incompletos;

8.2.4 Filhos inválidos solteiros, condição comprovada mediante declaração de médico especialista;

8.2.5 O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.

8.3 A adesão e manutenção dos USUÁRIOS DEPENDENTES previstos nos subitens do item 8.2 deste instrumento, aos benefícios decorrentes do plano de saúde ora contratado, estarão condicionadas à adesão do USUÁRIO TITULAR ao plano coletivo de assistência à saúde, bem como à manutenção do seu vínculo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial CONTRATANTE.

8.3.1 No caso de extinção de vínculo do usuário titular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, o USUÁRIO TITULAR poderá optar pela migração para plano individual ou familiar, nos termos do item 23.8 *infra*.

8.4 O CONTRATANTE fornecerá à UNIMED a relação dos beneficiários, responsabilizando-se pelas informações sobre titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária.

8.4.1 As inscrições no início da vigência do Contrato deverão abranger a totalidade de beneficiários previstos na negociação com o CONTRATANTE.

8.4.2 As novas inclusões, exclusões ou suspensões de usuários/beneficiários serão solicitadas pelo CONTRATANTE em formulário próprio e entregue na UNIMED em até 20 (vinte) dias antes do vencimento da fatura, tendo os usuários inscritos direito aos serviços contratados a partir do primeiro dia útil ao vencimento da fatura, desde que não estejam sujeitos ao cumprimento dos prazos de carência previstos neste Contrato.

8.4.3 No caso de requerimento do CONTRATANTE para suspensão e/ou exclusão de beneficiários do âmbito de cobertura deste contrato, deverão ser obedecidas às prescrições previstas nas cláusulas 23.3, 23.4, 23.5 e 23.6 deste contrato.



- 8.5 Nenhuma indicação de dependente ou requerimento para exclusão ou suspensão de beneficiário terá valor se não constar de **Proposta de Admissão** ou outro documento formal de lavra do CONTRATANTE, devidamente recebida pela UNIMED.
- 8.6 O CONTRATANTE não poderá inscrever associados ou dirigentes, que estejam afastados do trabalho por motivo de doença, sendo esta restrição extensiva aos seus dependentes. Podendo, então, serem inscritos em até 30 (trinta) dias da alta médica do titular.
- 8.7 Ao filho recém nascido, natural ou adotivo, e/ou ao adotivo menor de 12 (doze) anos de idade não poderá ser alegada doenças ou lesões preexistentes nem exigida cobertura parcial temporária ou agravo, salvo se o beneficiário titular ou o dependente ainda se encontrarem cumprindo carência. Nesse caso, o recém nascido ou o adotivo poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular ou dependente.
- 8.8 A inclusão de filho natural ou adotivo que ocorrer na vigência deste Contrato, fora dos prazos acima mencionados, estará subordinada aos prazos de carência previstos na **Cláusula XIII** deste Contrato.

Cláusula IX - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 9.1 As coberturas assistenciais desta contratação serão prestadas de acordo com a Lei n.º 9.656/98 e com o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, nas especialidades médicas aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compreendendo **assistência médica, inclusive de planejamento familiar, ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia.**
- 9.1.1 Os serviços previstos neste contrato serão prestados exclusivamente por médicos cooperados e pela rede própria ou contratada. Esses mesmos serviços poderão ser SOLICITADOS por qualquer profissional médico assistente de escolha do CONTRATANTE.
- 9.1.2 Serão cobertas as ações de planejamento familiar.
- 9.1.2.1 Por ações de planejamento familiar, devem ser entendidas as seguintes atividades: educacionais, com a finalidade de oferecer ao usuário os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do melhor método contraceptivo; informativas, para fins de esclarecer questões relacionadas à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis ou AIDS que possam interferir na concepção ou parto; e, por fim, atendimento clínico, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico com o objetivo de

subsidiar a escolha da prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

9.2 Atendimento Ambulatorial:

- 9.2.1 Coberturas de consultas médicas em número ilimitado, respeitados os critérios técnicos, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, considerando as CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO CONTRATO – Cláusula X.
- 9.2.2 Os USUÁRIOS terão direito a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos ambulatoriais constantes no Rol de Procedimentos – Plano Ambulatorial – definido pela ANS, solicitados pelo médico assistente.
- 9.2.3 Cobertura de consultas e sessões nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, 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 e desde que preenchidos os critérios e nos casos elencados nas Diretrizes de Utilização da ANS.
- 9.2.4 Cobertura de psicoterapia, 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 e desde que preenchidos os critérios e nos casos elencados nas Diretrizes de Utilização da ANS.
- 9.2.5 Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente e desde que preenchidos os critérios e nos casos elencados nas Diretrizes de Utilização da ANS.
- 9.2.6 Cobertura para cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

9.3 Internação Hospitalar:

- 9.3.1 As coberturas de internações hospitalares clínicas, cirúrgicas, em centro de terapia intensiva ou similar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, considerando as CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO CONTRATO dispostas na Cláusula X.

9.3.2 A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com serviços hospitalares, serviços médicos e demais procedimentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação, assim discriminados:

a) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

b) 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.

c) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

d) Internações em UTI, solicitadas e justificadas pelo médico assistente, com a ciência da Auditoria Médica da UNIMED.

d.1) A internação em UTI será prorrogada mediante laudo fundamentado do médico assistente, passível de análise pela Auditoria Médica da UNIMED.

e) Alimentação dietética.

f) Próteses, órteses nacionais e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico. Nos casos em que o médico assistente prescrever produtos importados, que não possuam similares nacionais, a CONTRATADA se responsabilizará pelo pagamento.

f.1) As próteses e órteses serão, preferencialmente, fornecidas pela UNIMED.

9.3.3 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, a critério do médico assistente:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia;

c) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) Embolizações e radiologia intervencionista;



- h) Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) Procedimentos de Fisioterapia.

9.3.4 Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial realizada por profissional habilitado pelo seu conselho de classe.

9.3.4.1 Cobertura para exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado por seu Conselho de classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.

9.3.4.2 Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

9.3.4.3 Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, desde que a equipe cirúrgica seja chefiada por médico.

9.3.5 A cirurgia plástica reparadora só terá cobertura assistencial prevista neste Contrato quando efetuada para restauração de funções e tratamento de lesões em órgãos, membros e regiões, em decorrência exclusivamente de acidentes pessoais que estejam causando problemas funcionais.

9.3.6 A cirurgia plástica reconstrutiva de mama, só terá cobertura assistencial prevista neste contrato para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

9.3.7 Na internação de USUÁRIO menor de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente fica assegurada a cobertura de despesas de 01(um) acompanhante, exclusivamente, as de acomodação e alimentação fornecidas pela instituição hospitalar.

9.3.7.1 Havendo transferência do paciente para UTI, CETIN ou similar, a cobertura de despesas de acompanhante, inclusive acomodação, cessará, enquanto o mesmo permanecer naquelas unidades especiais.

9.3.8 Os USUÁRIOS terão direito aos transplantes listados na Resolução Normativa da ANS, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, bem como às despesas com seus procedimentos vinculados. Entendem-se como procedimentos vinculados:



- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Cobertura para exames pré-operatórios, exceto exames para aferição de compatibilidade de doador;
- c) Medicamentos utilizados durante a internação;
- d) Acompanhamento clínico do pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- e) Despesas com a captação, transporte e preservação do órgão na forma de ressarcimento do SUS.

9.3.9 Os usuários candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNDOS, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única e seleção.

9.3.9.1 Qualquer outro modo de aquisição de órgãos e tecidos não especificado nesta cláusula não será coberto pela UNIMED.

9.3.10 Cobertura os atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III, do art. 35-C, da Lei n. 9.656/998, previstos no ANEXO I da RN 192/2009.

9.4 Procedimentos Obstétricos:

9.4.1 A assistência compreende os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar.

9.4.1.1 Fica assegurada a cobertura para despesas de acomodação e alimentação, conforme indicação do médico assistente, relativas a um 01 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto, pós-parto, entendido como as 24 (vinte e quatro) horas posteriores ao parto e puérpio.

9.4.2 Fica assegurada a cobertura de analgesia em parto normal.

9.4.3 Terá a cobertura assistencial o recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, contados do nascimento, salvo se o beneficiário titular ou o dependente ainda se encontrarem cumprindo carência, caso em que o recém nascido ou o adotivo cumprirão obrigatoriamente o restante das carências.



9.5 Nos casos de transtornos psiquiátricos, o presente contrato cobre:

- a) O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, não cumulativo, em hospital psiquiátrico, em unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o USUÁRIO em situação de crise. Ultrapassados os 30(trinta) dias de internação, no decorrer do mesmo ano de contrato, será cobrada co-participação do beneficiário para cada diária excedida, no percentual de 50% (cinquenta por cento).
- b) O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato, não cumulativo, em hospital geral, sendo o USUÁRIO portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação. Ultrapassados os 15(quinze) dias de internação, no decorrer do mesmo ano de contrato, será cobrada co-participação do beneficiário para cada diária excedida, no percentual de 50% (cinquenta por cento).
- c) Cobertura ilimitada para tratamento em regime de hospital-dia, estando o USUÁRIO em situação de crise, a critério do médico assistente.

9.5.1 Estão cobertas todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, respeitadas às limitações contratuais.

9.5.2 Estão cobertas as emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que implicam risco de vida ou em 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.

Cláusula X - EXCLUSÕES DE COBERTURA

ESTÃO EXCLUÍDAS DA COBERTURA CONTRATUAL AS SEGUINTE CONDIÇÕES:

- 10.1 Atendimentos fora da área geográfica de abrangência do plano.**
- 10.2 Acesso a livre escolha de prestadores.**
- 10.3 Atendimento domiciliar.**
- 10.4 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela ANS, que empregue medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizados no País ou ainda cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).**



- 10.5 Serviços prestados por médico não cooperado ou realizado em estabelecimento não credenciado pela UNIMED.
- 10.6 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
- 10.7 Inseminação artificial.
- 10.8 Exames ou quaisquer procedimentos para reconhecimento de paternidade.
- 10.9 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- 10.10 Fornecimento de produtos e medicamentos importados não nacionalizados.
- 10.11 Aviamento de óculos e lentes.
- 10.12 Próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico.
- 10.13 Cirurgias para mudança de sexo, tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 10.14 Remoção de pacientes fora da área geográfica da cobertura contratual, excetuando-se nos casos de destinação para unidade do SUS, (exclusivamente por via terrestre).
- 10.15 Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do usuário, sem imperativo de ordem médica.
- 10.16 Enfermagem em caráter particular na residência ou em hospital.
- 10.17 Permanência hospitalar após a alta médica.
- 10.18 Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 10.19 Transplante de quaisquer naturezas, excetuando-se os transplantes de rim, córnea, medula e os transplantes autólogos listados na Resolução Normativa da ANS que trata do Rol de Procedimentos Médicos.
- 10.20 Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.



- 10.21 Procedimentos de equoterapia e tratamento com especialidades que não sejam exercidas por médicos e não autorizadas pela ANS;
- 10.22 Procedimentos em especialidades médicas que, embora reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, são vedados neste Contrato.
- 10.23 Especialidades ou procedimentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e não constantes do Rol de procedimentos estabelecido pela ANS – Agência nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.
- 10.24 Procedimentos Odontológicos e quaisquer outros decorrentes, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
- 10.25 Aluguel de equipamentos hospitalares ou similares e despesas extraordinárias do usuário, não relacionadas com o tratamento, e/ou de acompanhante, em casos de internação hospitalar.
- 10.26 Exames ou outros procedimentos realizados durante internação em que o usuário não teve cobertura contratual.
- 10.27 Internações em hospitais, clínicas, atendimento em laboratórios, sejam eles contratados ou credenciados da UNIMED ou das cooperativas associadas, que pratiquem cobrança de preços utilizando exclusivamente tabelas próprias ou diferenciadas das utilizadas pela UNIMED para seus serviços próprios.
- 10.28 Cobertura para exames de aferição de compatibilidade de doador, para captação de órgãos, excetuando-se os exames do doador identificado.
- 10.29 Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura de assistência à saúde.
- 10.30 Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, referenciada junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, excetuando-se nos casos de urgência ou emergência, MEDIANTE REEMBOLSO, quando se demonstrar que o USUÁRIO não teve condições de usar os serviços próprios ou contratados pela UNIMED, na área geográfica de abrangência deste Contrato, limitado o reembolso, porém, aos valores atribuídos pela UNIMED aos seus serviços próprios ou contratados.
- 10.31 Despesas com hotelaria do acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos, idosos a partir dos 60



(sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

- 10.32 Medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente, ou não realizados no ambiente ambulatorial ou hospitalar.
- 10.33 VACINAS, salvo nos casos de internação ou utilizados no atendimento de urgência/emergência.
- 10.34 Fornecimento de medicamentos, equipamentos ou materiais de uso domiciliar, inclusive quimioterápicos.
- 10.35 Fornecimento de medicamentos (inclusive quimioterápicos), equipamentos e materiais, que não sejam utilizados durante internações ou durante atendimentos ambulatoriais, ou ainda, que não necessitem de supervisão médica.
- 10.36 Fornecimento de medicamentos não aprovados pela AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), ou com indicações de tratamento que não constem da BULA do medicamento aprovada pela ANVISA.
- 10.37 Consultas, tratamentos médicos, hospitalares e internações, efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.
- 10.38 Tratamentos em SPAs, casas sociais e clínicas de idosos.
- 10.39 Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
- 10.40 Tratamentos e cirurgias para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como quaisquer procedimentos para esse fim.
- 10.41 Cirurgias plásticas, exceto, reparadoras decorrentes de acidente pessoal e reconstrutiva de mama, para tratamento de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- 10.42 Necrópsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, consultas e exames para piscina ou ginástica, atestados médicos em geral, e exames de DNA para comprovação de paternidade.
- 10.43 Cirurgias para correção de astigmatismo, hipermetropia e miopia para grau inferior ao estabelecido pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 10.44 Remoção aérea em quaisquer casos.



10.45 Tratamentos em clínica de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para acolhimento de idosos e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

Cláusula XI - VIGÊNCIA DO CONTRATO

11.1 O presente Contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses consecutivos, contados da data da assinatura do contrato.

Cláusula XII - CONDIÇÕES PARA RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

12.1 Após o término do período mínimo de vigência deste contrato, este será renovado automaticamente por tempo indeterminado, até que haja denúncia de quaisquer das partes por escrito, com notificação da parte contrária e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula XIII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

13.1 Por se tratar de plano de saúde coletivo, as pessoas naturais que já se encontrem vinculadas ou que venham a se vincular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, bem como seus dependentes, no momento da inclusão do titular, não estarão sujeitas a quaisquer períodos de carência, **desde que estas ingressem no contrato, mediante comunicação formal do CONTRATANTE, nos termos dos itens 8.4 e 8.5 supra, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados da celebração deste instrumento.**

13.2 As pessoas naturais que venham a se vincular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato, descrito no item 13.1 *supra*, somente poderão ser incluídas no plano objeto do presente contrato sem a exigência de períodos de carência, se a proposta de adesão for formalizada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados da data de aniversário do presente contrato.

13.3 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 13.1 e 13.2 *supra*, e o mesmo contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, o(a) cônjuge deste poderá também se beneficiar da ausência de carência para utilização dos benefícios do presente contrato, desde que sua inscrição como dependente, nos termos dos itens 8.4 e 8.5 *supra*, se dê no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados da data do casamento.

13.4 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 13.1 e 13.2 *supra*, e ocorrer o nascimento de filho(a) seu(sua) durante a vigência do presente contrato, este(esta) poderá também se beneficiar da ausência de carência para utilização dos benefícios do presente contrato, desde que sua inscrição como dependente, nos termos dos itens 8.4 e 8.5



supra, se dê até o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do nascimento.

- 13.5 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 13.1 e 13.2 *supra*, e adotar uma criança menor de 12 (doze) anos de idade, durante a vigência do presente contrato, esta poderá também se beneficiar da ausência de carência para utilização dos benefícios do presente contrato, desde que sua inscrição como dependente, nos termos dos itens 8.4 e 8.5 *supra*, se dê até o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da adoção judicial comprovada ou da guarda provisória concedida.
- 13.6 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 13.1 e 13.2 *supra*, e desejar incluir algum ou alguns dependentes especificados nas cláusulas 8.2.5 e 8.2.6 *supra* durante a vigência do presente contrato, deverá fazê-lo, nos termos dos itens 8.4 e 8.5 *supra*, e dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do presente contrato ou de seu aniversário, para que os mesmos possam se beneficiar da ausência de carência aplicada ao titular.
- 13.7 As pessoas naturais dependentes que venham a se vincular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato ou de seu aniversário, ficarão sujeitas aos seguintes prazos de carência, a partir dos quais serão efetivamente prestados os serviços previstos neste contrato e na **Proposta de Admissão**, após o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade posterior à inclusão:
- a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência.
 - b) 300 (trezentos) dias para partos a termo.
 - c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.
- 13.8 A UNIMED não se responsabiliza por despesas dos USUÁRIOS durante o período de carência, devendo o CONTRATANTE contratar diretamente com o prestador de serviços
- 13.9 O CONTRATANTE terá direito a requerer transferência de um tipo contratual para outro, desde que não haja interrupção das obrigações contratuais.
- 13.10 Quando ocorrer a transferência do Tipo enfermaria (quarto coletivo sem banheiro) para o Tipo apartamento (individual), o CONTRATANTE passará a ter novo valor de mensalidade e se submeterá às carências com relação ao novo tipo, obedecendo os prazos ajustados no item 13.7 desta Cláusula, ressalvados seus direitos, porém, relativamente aos serviços previstos no tipo de origem.



- 13.11 A contagem do período de carência para cada beneficiário dar-se-á a partir de sua inclusão no presente contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares.
- 13.12 Não se transmitirão os prazos de carência já cumpridos por um usuário para outro, mesmo que haja dependência entre eles, exceto nas hipóteses definidas para o recém nascido e o adotado previsto neste contrato.

Cláusula XIV - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 14.1 As doenças e lesões pré-existentes são aquelas que o usuário, ou seu responsável, sabe ser portador ou sofredor, à época da assinatura deste Contrato, o que motivará o oferecimento pela UNIMED de CPT – Cobertura Parcial Temporária ou cláusula de agravo.
- 14.2 O usuário preencherá o formulário de Declaração de Saúde, em seu nome e dos seus dependentes, orientado por médicos relacionados pela UNIMED ou de sua livre escolha, assumindo neste caso o seu ônus.
- 14.3 Poderá a UNIMED examinar ou periciar o CONTRATANTE e/ou seus dependentes para fins de identificação de lesões ou doenças pré-existentes antes do início da contratação, não podendo nesse caso alegar omissão do CONTRATANTE de informação sobre DLP.
- 14.4 O usuário é obrigado a informar à UNIMED, no ato da sua inclusão e dos seus dependentes, a condição sabida de lesão ou doença pré-existente, antes da celebração do Contrato, sob pena de imputação de fraude e rescisão contratual, sendo ainda responsável pelas despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.
- 14.5 Entende-se como Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
- 14.6 Entende-se como agravo 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, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre o CONTRATANTE e UNIMED.
- 14.7 As doenças e lesões pré-existentes somente terão cobertura contratual após o cumprimento da CPT – Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e



quatro) meses ou ainda no caso de oferecimento pela UNIMED da opção de agravo e aceito pelo CONTRATANTE, depois de cumpridas todas as carências contratuais.

14.7.1 Os valores de agravo, correspondentes a acréscimos nas mensalidades pagas à UNIMED, para cobertura de doenças ou lesões pré-existentes serão definidos em aditivo específico e mediante o aceite mútuo das partes.

14.8 Às crianças nascidas de parto coberto pela UNIMED, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente.

14.9 Fica facultado, a critério da UNIMED, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data da vigência do contrato, a realização de exame pericial, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

14.10 No caso da não realização de exame ou perícia médica, a constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador de lesão ou doença preexistente, que era de prévio conhecimento do usuário, mas que não foi informada na declaração de saúde ou quando da perícia, caracterizará fraude. Neste caso será suspensa a cobertura, com a consequente rescisão unilateral do contrato, após a divulgação pela ANS do encerramento do processo administrativo competente, nos termos da lei 9.656/98 e resoluções pertinentes.

14.11 À UNIMED reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão pré-existente que acomete(m) cada usuário e dar ciência prévia ao CONTRATANTE.

Cláusula XV – COBERTURA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1 Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados referenciados pela UNIMED e autorizados a realizarem esse tipo de atendimento, na modalidade prevista e área geográfica de abrangência do contrato, devendo para tanto, identificarem-se como USUÁRIOS, apresentando a carteira/cartão de identificação.

15.1.1 São casos de emergência os que implicam em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o USUÁRIO, caracterizado por declaração do médico assistente.

15.1.2 São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.



- 15.1.3 Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que implicam risco de vida ou em 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.
- 15.2 A cobertura ambulatorial garante atendimento de urgência e emergência limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja a necessidade de internação.
- 15.2.1 Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, em razão de o usuário estar cumprindo carências para esta segmentação assistencial, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.
- 15.3 A cobertura hospitalar garante os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
- 15.3.1 Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internações, este só abrange cobertura exclusivamente para atendimento a nível ambulatorial limitado as primeiras 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
- 15.3.2 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- 15.3.3 Estará garantida a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional. Todavia, se o CONTRATANTE estiver cumprindo carência para a cobertura obstétrica, o atendimento é restrito exclusivamente para o nível ambulatorial e limitado as primeiras 12 (doze) horas.
- 15.4 Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças ou lesões preexistentes, terão cobertura exclusivamente para atendimento a nível ambulatorial limitado as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, se houver necessidade do uso de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade e eventos cirúrgicos relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente declarada.

- 15.5 Depois de cumprida todas as carências nos termos da cláusula XIII deste contrato, haverá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, **respeitados os limites de coberturas dispostos neste contrato.**
- 15.6 Em casos de urgência ou emergência, quando se demonstrar que o USUÁRIO não teve condições de usar os serviços próprios ou contratados referenciados pela UNIMED, na área geográfica de abrangência deste Contrato, este terá direito a reembolso da despesa decorrente, limitado o reembolso, porém, aos valores atribuídos pela UNIMED aos seus serviços próprios ou contratados referenciados.
- 15.6.1 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, assim considerada:
- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
 - b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
 - c) conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM'S, discriminando funções e evento a que se referem;
 - e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrentes de procedimento cirúrgicos.
- 15.7 Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
- 15.8 O pedido de reembolso, com a conseqüente apresentação dos documentos, deverá feito no prazo máximo de 01(um) ano contado da data do evento. O não aproveitamento desse prazo implicará na perda do direito ao reembolso.

Cláusula XVI - REMOÇÃO

- 16.1 A UNIMED proporcionará ao seu usuário remoção terrestre inter-hospitalar, comprovadamente necessária, conforme parecer do médico cooperado responsável pelo paciente e da equipe médica responsável pelo traslado, dentro da abrangência geográfica do contrato, desde que atendidas às exigências contratuais e critérios técnicos vigentes.
- 16.1.1 A remoção terrestre inter-hospitalar acima prevista só será autorizada entre os hospitais constantes da rede referenciada prevista neste contrato.
- 16.2 Será garantida remoção depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, mediante parecer escrito do médico assistente.
- 16.3 Para usuários em período de carência para internação, que depois de um atendimento de Urgência e/ou Emergência a nível Ambulatorial, necessitem continuar seu atendimento em regime de Internação Hospitalar a UNIMED garantirá as despesas com sua remoção até uma unidade do SUS, com ambulância equipada com os recursos necessários à manutenção da vida, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE.
- 16.4 Para usuários que estiverem cumprindo CPT – Cobertura Parcial Temporária, que depois de um atendimento de Urgência e/ou Emergência a nível Ambulatorial, necessitem atendimento que envolva eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, a UNIMED garantirá as despesas com sua remoção até uma unidade do SUS, com ambulância equipada com os recursos necessários à manutenção da vida, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE.
- 16.5 A responsabilidade da UNIMED só cessa após a efetivação do registro do beneficiário na unidade do SUS.
- 16.6 No caso de impossibilidade de transferência em face de haver risco de vida ao paciente, o CONTRATANTE ou seu representante legal, deverá negociar com a entidade hospitalar a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, não cabendo à UNIMED nenhuma responsabilidade de pagamento decorrente desse acordo.
- 16.7 As remoções que não forem previamente solicitadas à Unimed não terão coberturas.

Cláusula XVII - MECANISMO DE REGULAÇÃO



- 17.1 A UNIMED, para fins de atendimento, emitirá carteira/cartão de identificação aos USUÁRIOS TITULARES E BENEFICIÁRIOS vinculados à CONTRATANTE e constantes das relações enviadas com base nos itens 8.4 e 8.5 deste contrato, contendo as informações necessárias para facilitar o atendimento.
- 17.2 A UNIMED poderá adotar sistemas eletrônicos de identificação de usuários tais como: cartão magnético com foto, identificação digital ou outra inovação tecnológica que possibilite a sua identificação e que facilite o atendimento.
- 17.3 Os serviços e outros atendimentos, objeto da contratação, serão prestados unicamente aos USUÁRIOS inscritos nos termos dos itens 8.4 e 8.5 *supra* deste contrato, desde que portadores da carteira/cartão de identificação.
- 17.4 Excetuando-se consultas médicas e exames ambulatoriais de rotina (patologia clínica e raio X sem contraste), e os casos de urgência/emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da Auditoria da UNIMED.
- 17.4.1 No caso das autorizações prévias é garantido ao USUÁRIO o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da entrega da solicitação médica.
- 17.5 Fica inequivocamente ajustado que as carteiras/cartões de identificação emitidos pela UNIMED em função das obrigações do presente Contrato são de propriedade exclusiva da UNIMED, obrigando-se o CONTRATANTE a devolvê-los no caso de rescisão contratual ou de exclusão de qualquer dos beneficiários TITULARES e DEPENDENTES a ela vinculados.
- 17.6 Em caso de perda, roubo ou dano à carteira/cartão de identificação do usuário, estes diretamente ou a própria CONTRATANTE se obrigam a informar imediatamente o fato à UNIMED para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de 2ª via, onde sua responsabilidade cessará somente após a efetivação dessa informação.
- 17.7 A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.
- 17.8 A UNIMED fornecerá o CONTRATANTE, no ato da assinatura do Contrato, o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus médicos cooperados e de hospitais e serviços credenciados, com seus respectivos endereços. O beneficiário poderá ter acesso às atualizações do guia médico na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

- 17.9 As internações serão realizadas depois de prévia autorização da UNIMED, mediante solicitação do médico assistente, por intermédio da emissão de uma guia de internação hospitalar.
- 17.10 Independentemente do tipo de acomodação prevista no Contrato, inclusive UTI – Unidade de Terapia Intensiva ou similar, as internações deverão ser autorizadas pela UNIMED, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação, observando o disposto na Cláusula XVII.
- 17.11 O usuário deverá dirigir-se aos consultórios particulares dos médicos cooperados, laboratórios, estabelecimentos hospitalares, serviços radiológicos ou clínicas de sua escolha, dentre os credenciados na área de abrangência deste contrato, munido da carteira/cartão da UNIMED e identidade civil, exceto para os serviços que necessitem de autorização prévia nos termos do item 17.4.
- 17.12 No caso em que a rede própria ou credenciada não oferecer a cobertura adequada prevista neste contrato, quando constatado pelo médico cooperado assistente, a UNIMED, a seu critério, indicará para o CONTRATANTE outro prestador de serviço, para a realização do procedimento.
- 17.13 Na ocorrência de atraso de pagamento, não superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que o serviço esteja suspenso, o usuário somente terá direito do atendimento mediante autorização prévia da UNIMED, exceto nos casos de urgência/emergência.
- 17.14 A internação hospitalar será processada mediante apresentação da "Guia de Internação" expedida pela UNIMED, com "Pedido de Internação" preenchido pelo médico cooperado assistente, carteira/cartão de identificação da UNIMED, identidade civil e comprovante de pagamento atualizado.
- 17.15 Para os casos de urgência e/ou emergência, quando for necessária a internação hospitalar, o usuário ou responsável, terá até o primeiro dia útil seguinte ao da hospitalização para providenciar a "Guia de Internação".
- 17.16 Decorrido o prazo acima estabelecido, sem o cumprimento da obrigação, à UNIMED se reserva o direito de não custear os serviços realizados, que ficarão a cargo exclusivo do CONTRATANTE.
- 17.17 A Guia de Internação será fornecida por período limitado, sendo prorrogável, mediante laudo fundamentado do médico cooperado assistente, passível de análise pela auditoria médica da UNIMED.
- 17.18 As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de responsabilidade do CONTRATANTE, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

- 17.19 A UNIMED não se responsabiliza por qualquer tipo de acordo realizado entre o CONTRATANTE e/ou seus usuários com médicos, hospitais ou quaisquer outras entidades sejam elas contratadas ou não.
- 17.20 À UNIMED reserva-se o direito de desvinculação ou rescisão contratual com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços prestados neste Contrato, e, de acordo com o que determina a Lei 9.656/98 e suas regulamentações, comunicando previamente nos casos de substituição da rede hospitalar ou mediante autorização prévia da ANS o redimensionamento da rede por redução.
- 17.21 No caso de situações de divergências médica a respeito de autorização prévia, é garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo cooperado solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico cooperado da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.
- 17.22 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais previstos neste contrato podem ser solicitados por qualquer médico assistente, inclusive pelo cirurgião dentista assistente devidamente habilitado por seu Conselho de classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.

Cláusula XVIII - FORMAÇÃO DO PREÇO

- 18.1 Os preços dos serviços ora pactuados são pré-estabelecidos e estão dispostos na **Proposta de Admissão** de acordo com as faixas etárias e variações percentuais que venham a ocorrer.
- 18.2 Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários originalmente vinculados a este contrato, identificados na forma dos itens 8.4 e 8.5 e aqueles que vierem a ser incluídos posteriormente.

Cláusula XIX - PAGAMENTO DE MENSALIDADE

- 19.1 O pagamento da primeira mensalidade do CONTRATANTE deverá coincidir com a data do início da vigência prevista na **Proposta de Admissão**, vencendo as mensalidades subseqüentes, no mesmo dia de cada mês.
- 19.2 O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.
- 19.3 Caso o CONTRATANTE não receba o documento de realização do pagamento em até 02 (dois) dias antes do vencimento, deverá solicitar diretamente na sede da UNIMED, sob pena da configuração de mora do CONTRATANTE perante a UNIMED.



- 19.4 O pagamento da fatura feito pelo CONTRATANTE com valor menor do que o devido não enseja quitação, considerando-se este em mora perante a UNIMED.
- 19.5 O pagamento realizado por meio de cheque só quitará a mensalidade após a compensação bancária.
- 19.6 Em caso de atraso de pagamento, serão acrescidos no valor da mensalidade juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito em atraso.
- 19.7 O CONTRATANTE reconhece que os valores das mensalidades vencidas e não pagas em relação a toda a gama de USUÁRIOS TITULARES vinculados à CONTRATANTE, bem como seus DEPENDENTES constantes da relação inscrita na UNIMED nos termos dos itens 8.4 e 8.5 deste contrato, constituem dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a UNIMED proceder à sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste Contrato, bem como de inscrever o nome do CONTRATANTE no cadastro de inadimplentes conforme legislação vigente.
- 19.8 A cobrança de possíveis débitos decorrentes da execução deste contrato não será realizada diretamente em face dos USUÁRIOS TITULARES, nem tampouco em relação aos seus DEPENDENTES, devendo ser realizada exclusivamente em face do CONTRATANTE, que é a única responsável, perante a UNIMED, pelos pagamentos dos BENEFICIÁRIOS constantes da relação fornecida nos termos dos itens 8.4 e 8.5 *supra* deste contrato.
- 19.8.1 A referida vedação à cobrança direta dos USUÁRIOS TITULARES e USUÁRIOS BENEFICIÁRIOS não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

Cláusula XX – REAJUSTES

- 20.1 Os valores estipulados neste contrato serão reajustados apenas a cada 12 (doze) meses, contados desde a sua celebração, exceto em relação às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei n. 9.656/98, de conformidade com a variação do IPC-Saúde. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e informado com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.
- 20.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado. A Reavaliação Técnica Atuarial também só poderá ser realizada ao cabo do transcurso do lapso temporal de cada 12 (doze) meses após a celebração do contrato.



20.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

20.2.1.1 Para efeito do cálculo do reajuste por Reavaliação Técnica Atuarial será adotada a seguinte fórmula:

$$I_k = \left(\frac{CAI_{K-1}}{Sm \times PI_{k-1}} \right) \times (1 + XX)$$

Onde:

I_k = Índice de revisão para a mensalidade no K-ésimo período;

CAI_{k-1} = soma dos valores apurados e reconhecidos dos prestadores de serviço por assistência médica no (k-1)-ésimo período para o plano revisado;

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato;

PI_{k-1} = soma das mensalidades cobradas no (k-1)-ésimo período para o plano revisado;

XX – percentual de inflação apontado pelo IPC-Saúde para o período considerado para fins de apuração de resultados.

20.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 20.2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 20.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.4 Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos usuários, independentemente da data de inclusão destes, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato. Os reajustes subseqüentes serão aplicados anualmente após a essa data, mesmo quando se tratar de Reavaliação Técnica Atuarial.

20.5 Não será considerado reajuste a alteração do rol de procedimentos e eventos em saúde previstos contratualmente ou inclusão de serviços adicionais, não obrigatórios por lei, que impliquem em nova segmentação assistencial e, portanto, em mudança do tipo contratual relativo ao de plano de saúde, hipótese na qual deverá haver nova negociação de preços, mediante aditivo contratual com a concordância de ambas as partes.

20.6 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 20.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Cláusula XXI - FAIXAS ETÁRIAS

21.1 As faixas etárias são definidas conforme o quadro abaixo, quando houver alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que caracterize a passagem para a faixa etária superior, a mensalidade será reajustada



automaticamente, no mês subsequente ao aniversário do usuário, conforme os percentuais especificados na **Proposta de Admissão**:

FAIXAS ETÁRIAS	VARIAÇÃO PERCENTUAL
De 00 a 18 anos	
De 19 a 23 anos	CONFORME
De 24 a 28 anos	PROPOSTA
De 29 a 33 anos	DE
De 34 a 38 anos	ADMISSÃO
De 39 a 43 anos	
De 44 a 48 anos	
De 49 a 53 anos	
De 54 a 58 anos	
59 anos ou mais	

- 21.2 Fica estabelecido que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira, bem como a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 21.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.
- 21.4 No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.
- 21.5 A variação do preço em razão da faixa etária incidirá somente quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Cláusula XXII – PECULIARIDADES DO PLANO COLETIVO

- 22.1 O presente plano de assistência à saúde destina-se a atender a massa de usuários com vínculo ativo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE.
- 22.1.1 A adesão é espontânea e opcional em relação às pessoas naturais que possuam vínculo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

Cláusula XXIII - CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.



- 23.1 A exclusão do usuário titular cancelará, automaticamente, a inscrição de seus dependentes.
- 23.2 A morte do titular causa a rescisão do contrato e, por conseguinte, o cancelamento da inscrição de seus dependentes.
- 23.3 Cabe tão somente ao CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano objeto do presente contrato, nos termos dos itens 8.4 e 8.5 da presente avença, ressalvada as hipóteses do item 23.8 deste contrato.
- 23.4 **A UNIMED, se assim solicitado pelo CONTRATANTE, mediante comunicado formal para tal finalidade**, poderá suspender a assistência à saúde dos beneficiários e dependentes, cadastrados nos termos dos itens 8.4 e 8.5 deste contrato, que estiverem em atraso por mais de 60 (sessenta) dias com o pagamento da mensalidade respectiva, desde que o CONTRATANTE comprove que enviou ao referido beneficiário ou dependente inadimplente, comunicação formal dando conta de tal inadimplemento e da advertência de interrupção no atendimento, caso não seja regularizada a situação.
- 23.4.1 Na hipótese do *caput*, o CONTRATANTE deverá encaminhar à UNIMED, juntamente com o requerimento formal de interrupção no atendimento do beneficiário e/ou dependente inadimplente, cópia da notificação escrita e comprovante de recebimento pessoal da mesma, enviada pelo CONTRATANTE àquele, na qual esta informou a existência da pendência e advertiu sobre as consequências da não regularização do pagamento.
- 23.5 **A UNIMED, se assim solicitado pelo CONTRATANTE, mediante requerimento formal para tal finalidade**, poderá excluir os beneficiários e dependentes cadastrados nos termos dos itens 8.4 e 8.5 deste contrato, que impedirem ou dificultarem a realização de qualquer exame ou diligência necessária para a ressalva dos direitos da UNIMED.
- 23.6 **A UNIMED, se assim solicitado pelo CONTRATANTE, mediante comunicado formal para tal finalidade**, ficará autorizada a excluir da relação de usuários cadastrados, nos termos dos itens 8.4 e 8.5 *supra*, para se utilizarem dos serviços médicos previstos neste contrato, os beneficiários e dependentes, que estejam inadimplentes por prazo superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de inclusão no plano, desde que o CONTRATANTE comprove à UNIMED que realizou a notificação por escrito dos inadimplentes, informando a existência da pendência e também avisando do desligamento dos mesmos do contrato de prestação de serviços médicos até o 50º (quinquagésimo) dia.
- 23.6.1 Na hipótese do *caput*, o CONTRATANTE deverá encaminhar à UNIMED, juntamente com o requerimento formal de exclusão do beneficiário e/ou dependente inadimplente, cópia da notificação escrita e

comprovante de recebimento pessoal da mesma, enviada pelo CONTRATANTE àquele, na qual a esta informou a existência da pendência e advertiu sobre o fato de que, daquele ponto em diante, o mesmo não mais poderia se utilizar dos serviços médicos previstos no presente contrato.

23.7 A UNIMED poderá excluir ou suspender a assistência à saúde decorrente do presente contrato, unilateral e automaticamente, **sem a necessidade de anuência do CONTRATANTE**, em relação aos beneficiários que incorrerem nas seguintes hipóteses:

- a) Fraudes ou práticas de ilícito penal comprovadas, praticadas pelo beneficiário titular ou seu dependente, mesmo no caso de omissão de informações sobre doenças pré-existentes ou de tentativa de, por qualquer outro meio, tentar obter vantagens indevidas durante a execução deste Contrato.
- b) Por perda dos vínculos previstos no item 8.1 deste contrato, ou pela perda da qualidade de dependente.

23.8 No caso de morte, rescisão contratual ou quando o usuário titular que perder o vínculo de caráter associativo ou sindical, com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, previstas no item 8.1 deste contrato, e que contribuiu com o pagamento da mensalidade parcial ou integralmente, poderá no prazo de até 30 (trinta) dias contados do término do vínculo associativo ou sindical, aderir ao plano individual ou familiar junto à UNIMED, respeitada a tabela vigente para estes planos, com o aproveitamento do seu período de permanência no plano coletivo, para efeito de contagem dos prazos de carência, observadas ainda as seguintes condições:

- a) O titular no contrato do Plano Coletivo por Adesão deverá ser também o titular no contrato do Plano Individual ou Familiar.
- b) O contrato da empresa deverá ser no plano de pré-pagamento.
- c) O titular e seus dependentes deverão se inscrever no Plano Individual ou Família até 30 (trinta) dias após a data da sua desvinculação com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE.
- d) A 1.ª (primeira) mensalidade deverá ser paga no ato da assinatura do novo contrato.
- e) O usuário que optar por tipo de plano diferente do que tinha na Empresa estará sujeito às carências previstas no novo contrato.



23.9 Cabe ao CONTRATANTE informar os usuários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.

23.10 Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite de ingresso ou ao perderem a condição de solteiros, bem como os cônjuges e /ou companheiro(a) ao perderem essa condição, deverão ser transferidos para o Plano Individual/Familiar, sendo válidas para o novo plano as carências já cumpridas. Nesse caso sua mensalidade será equiparada à tabela vigente.

Cláusula XXIV - RESCISÃO / SUSPENSÃO

24.1 A UNIMED poderá, a seu critério, no caso de atraso no pagamento da fatura pela parte CONTRATANTE por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, suspender o atendimento até o adimplemento da fatura em atraso, desde que o CONTRATANTE seja notificado formal e previamente.

24.2 A UNIMED poderá ainda rescindir unilateral e automaticamente o presente contrato, nas seguintes hipóteses:

a) Fraudes ou práticas de ilícito penal comprovadas, praticadas pelo beneficiário titular ou seu dependente, mesmo no caso de omissão de informações sobre doenças pré-existentes ou de tentativa de, por qualquer outro meio, tentar obter vantagens indevidas durante a execução deste Contrato.

b) Por falta de pagamento por prazo superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do plano, desde que a UNIMED tenha notificado por escrito a CONTRATANTE até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência.

24.3 Qualquer das partes somente poderá rescindir imotivadamente o presente contrato, após o transcurso do prazo mínimo de 12(doze) meses, contados de sua celebração, e desde que haja a notificação formal da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

24.3.1 Se antes do transcurso do prazo mínimo de 12 (doze) meses, a contar da celebração do presente contrato, o CONTRATANTE requerer a rescisão desta avença, esta estará sujeita ao pagamento de multa contratual pecuniária equivalente a **50% (cinquenta por cento)** do valor das mensalidades relativas aos beneficiários cadastrados nos termos dos itens 8.4 e 8.5 deste contrato até o término do citado prazo.

24.4 Rescindido o Contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à UNIMED todas as carteiras/cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização



indevida e pelos prejuízos que der causa, além de ser obrigado judicialmente a quitar as parcelas vencidas, nos casos de rescisão por inadimplência.

24.4.1 Caso haja a exclusão individual de beneficiários titulares e/ou dependentes, o CONTRATANTE igualmente se obriga a devolver as respectivas carteiras/cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida e pelos prejuízos que der causa, além de ser obrigado judicialmente a quitar as parcelas vencidas, nos casos de rescisão por inadimplência.

Cláusula XXV - DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 O CONTRATANTE ou seus dependentes que se sentirem prejudicados nos seus direitos contratuais deverão formalizar, por escrito, suas reclamações a UNIMED para providências.

25.2 O presente Contrato poderá sofrer alterações e modificações mediante a lavratura de termos aditivos, que serão firmados entre as partes, depois de autorizados pela ANS.

25.3 Será cobrado o valor de R\$ 10,00 (dez reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via de cartão de Identificação de beneficiários e/ou seus dependentes que mantenham vínculo com o CONTRATANTE.

25.4 Os usuários com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactentes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos, serão privilegiados no atendimento.

25.5 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que o CONTRATANTE manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

25.6 O CONTRATANTE autoriza a UNIMED a prestar todas as informações solicitadas, pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, relativas ao contrato.

25.7 O CONTRATANTE obriga-se a fornecer à UNIMED, declarações de vínculo legal de seus usuários e dependentes ao contrato, para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.



- 25.8 O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários por ele cadastrados, após a rescisão do contrato.
- 25.9 Este plano não dá cobertura para atendimento em hospitais, clínicas, laboratórios, sejam eles contratados ou credenciados da UNIMED ou das cooperativas associadas, que pratiquem cobrança de preços utilizando exclusivamente tabelas próprias ou diferenciadas das utilizadas pela UNIMED para seus serviços próprios.
- 25.10 Entendem-se como tabelas próprias ou diferenciadas as que tenham valores superiores aos estabelecidos no GUIA SIMPRO, GUIA BRASÍNDICE, e que cobre valores múltiplos das tabelas AMB e CBHPM, bem como diárias e taxas hospitalares com valores superiores às praticadas pela CONTRATADA com os seus conveniados ou contratados.
- 25.11 O USUÁRIO TITULAR ou seus DEPENDENTES poderão optar por internações hospitalares em acomodações superiores às previstas neste Contrato. Esta opção, todavia, implicará no pagamento de despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, cujo montante será ajustado entre as partes (Contratante e Prestador), não havendo interferência ou responsabilidade da UNIMED, estando o pagamento, em qualquer caso, sob a responsabilidade do beneficiário.
- 25.12 No caso de mudança, sem interrupção das obrigações contratuais, para plano com maior cobertura e/ou maior quantidade de serviços, todo usuário (seja titular ou dependente) deverá cumprir as carências previstas no novo plano, relativas aos serviços que não estiverem aqui relacionados e aos que excederem, em quantidade, aos previstos neste instrumento.
- 25.13 Os direitos contratuais adquiridos no plano anterior, através das carências já cumpridas, e dentro de seus limites, poderão ser utilizados durante a vigência das carências do novo Plano.

Cláusula XXVI – DO GLOSSÁRIO

As partes, neste ato e expressamente, adotam para todos os fins relativos ao cumprimento e interpretação do presente contrato, os conceitos abaixo definidos:

- 26.1.1 ACIDENTE PESSOAL - Evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- 26.1.2 ACIDENTE PESSOAL - Evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e



causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

- 26.1.3 ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA PROFISSIONAL - Qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.
- 26.1.4 AGRAVO - É qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga a UNIMED, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre o CONTRATANTE e UNIMED.
- 26.1.5 AMBULATÓRIO – Estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.
- 26.1.6 AMBULATORIAL - Atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços com de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual o tratamento será entendido como internação.
- 26.1.7 ATENDIMENTO/INTERNAÇÃO HOSPITALAR - Atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em hospitais e pronto-socorros, definidos neste contrato, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação, exceto o referenciado neste Contrato. Também são entendidos como atendimento hospitalar, aqueles caracterizados como urgência/emergência, em regime de internação.
- 26.1.8 AVALIAÇÃO MÉDICA PARA DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES - Avaliação realizada pelo médico cooperado, com o objetivo de verificar as condições físicas do usuário, e detectar possíveis doenças ou lesões pré-existentes, podendo ser realizado exames, para uma avaliação mais exata da pré-existência.
- 26.1.9 BENEFICIO - Cobertura assistencial oferecida aos usuários, na condição expressa do Contrato.



- 26.1.10 CÁLCULO ATUARIAL - Cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da estabilidade financeira do plano e cálculo das mensalidades.
- 26.1.11 CARÊNCIA - Prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual os usuários não têm direito as coberturas contratadas.
- 26.1.12 CARTEIRA/CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO – Documento contendo os dados de identificação do usuário, sendo exigido a sua apresentação no ato do atendimento.
- 26.1.13 COBERTURA CONTRATUAL – Conjunto de procedimentos médicos-ambulatoriais e/ou hospitalares pactuado nas Cláusulas do Contrato.
- 26.1.14 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT - É aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 26.1.15 CO-PARTICIPAÇÃO - Valor pecuniário calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas dos serviços prestados aos usuários, que o CONTRATANTE se obriga a pagar à UNIMED.
- 26.1.16 DECLARAÇÃO DE SAÚDE - Questionário fornecido pela UNIMED, devendo ser preenchido pelo CONTRATANTE e beneficiários específicos, destinado à declaração da existência de doenças ou lesões pré-existentes.
- 26.1.17 DOENÇA - Processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o usuário a tratamento médico.
- 26.1.18 DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES - Processos mórbidos que o usuário ou seu responsável sabe ser portador ou sofredor à época da assinatura do Contrato ou identificados na Avaliação Médica.
- 26.1.19 EMERGÊNCIA – Evento decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperado assistente.
- 26.1.20 EVENTO - Conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário a

saúde ou a integridade física do Usuário ou de seus Dependentes Usuários, em decorrência de acidente ou doenças, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do Usuário, ou com a sua morte.

26.1.21 FRANQUIA - Valor estabelecido no Contrato, até o qual a UNIMED não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

26.1.22 MÉDICO COOPERADO - Médico sócio de uma Cooperativa Médica – UNIMED.

26.1.23 MORTE ACIDENTAL - Falecimento decorrente de evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário e violento.

26.1.24 MORTE NATURAL – Falecimento espontâneo, de forma lenta, não violenta e sem a participação de agente externo.

26.1.25 PROPOSTA DE ADMISSÃO - Documento integrante e complementar das condições pactuadas no Contrato de prestação de serviços, contendo as assinaturas do CONTRATANTE e do Diretor da UNIMED.

26.1.26 ROL DE PROCEDIMENTOS - Listagem de procedimentos, elaborada pela ANS – Agência Nacional de Saúde suplementar, que lista os procedimentos básicos obrigatórios que a Unimed é obrigado a dar cobertura, individualizados por plano, conforme segmentação contratual.

26.1.27 URGÊNCIA - Evento decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

26.1.28 USUÁRIOS – Todas as pessoas incluídas no Contrato e que poderão usufruir da cobertura assistencial pactuada.

26.1.29 USUÁRIO DEPENDENTE - Pessoa que, na forma e condições previstas neste Contrato, esteja inscrita como tal, pelo USUÁRIO TITULAR.

26.1.30 USUÁRIO TITULAR – Pessoa que assina Contrato junto a UNIMED na qualidade de usuário, ou pessoa indicada pelo representante legal, assumindo as responsabilidades pactuadas nas Cláusulas contratuais e com direito aos respectivos benefícios e cobertura assistencial.

Cláusula XXVII - ELEIÇÃO DO FORO



27.1 No caso de controvérsia, fica eleito o foro da comarca do CONTRATANTE, para conhecer de qualquer litígio decorrente deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

E, por estarem assim, justos e contratados assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

Maceió, 22 de junho de 2011

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO TRT DA 19ª REGIÃO

José Kleber Tenório Magalhães
Presidente

Armando Silva Pinto
Vice-Presidente

UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Viviane Vieira Malta
Presidenta

Simone Maria Luna Vianna de Omena
Diretora de Des. Médico Social e Comercial

Testemunhas:

1. _____
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____

2. _____
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____

