SAC: 0800 644 1800 Versão 18.4
www.unimed.coop.br/chapeco

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAIS A PLANO DE SAÚDE UNIFLEX NACIONAL ADESÃO - CONTRATO N°._____

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense			REGISTRO ANS 35.429-5
CLASSIFICAÇÃO Cooperativa Médica		CNPJ 85.283.299/0001-91	
ENDEREÇO Rua Porto Alegre			NÚMERO 132-D
BAIRRO Centro	CEP 89802-130	BAIRRO Centro	CEP 89802-130

QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
NOME FANTASIA				
CNPJ		**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		
ENDEREÇO				**NÚMERO**
COMPLEMENTO	**BAIRRO**	**CEP**	**CIDADE**	**UF**

1) SERVIÇOS ASSEGURADOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.

Também estão cobertas pelo contrato as coberturas adicionais, não previstas na Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a saber:

I. TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA.

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência está à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central Estadual de Regulação Médica e Transporte, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.

Parágrafo Primeiro. Além do transporte terrestre de um hospital para outro com maiores recursos, cuja cobertura já está assegurada na cláusula de remoção de seu plano de saúde, também é assegurado o transporte:

a) aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessário para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica de cobertura prevista no seu contrato de assistência à saúde.

b) terrestre ou aéreo, quando necessária a remoção em transporte especializado nos seguintes casos:

b1) de um hospital dentro da área de abrangência geográfica de cobertura prevista no plano de saúde para outro na cidade em que resida para continuidade do tratamento médico, dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano;

b2) de um hospital fora da área de abrangência geográfica de cobertura prevista no plano de saúde e dentro do território nacional, para outro localizado na área de abrangência geográfica de cobertura do plano, para continuidade do tratamento médico;

b3) nos casos de alta hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, para sua cidade de domicílio, desde que dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano.

Parágrafo Segundo. Para a utilização do serviço, o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada pela Central Estadual de Regulação Médica e Transporte quando da solicitação de remoção.

Parágrafo Terceiro. A definição quanto à utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da Central Estadual de Regulação Médica e Transporte que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições metereológicas e infra-estrutura aéreo-rodoviária.

Parágrafo Quarto. A equipe médica responsável pelo transporte avaliará as condições do paciente com o objetivo de certificar a existência de eventuais contraindicações que impeçam o transporte aéreo e terrestre e/ou imponham riscos ao paciente.

Parágrafo Quinto. O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC) do Ministério da Aeronáutica.

Parágrafo Sexto. O transporte e a internação do paciente para outro hospital necessitará de autorização prévia, salvo nos casos de urgência ou emergência.

Parágrafo Sétimo. As aeronaves e ambulâncias terrestres UTI estão equipadas em conformidade com o disposto nos itens 3.4 e 3.5.2 da Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde e Resoluções n° 1.671/2003 e 1.672/2003 do Conselho Federal de Medicina – CFM.

Parágrafo Oitavo. Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, independente de qualquer motivo.

II. FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes, têm direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de até 1 (um) ano contado a partir do dia seguinte a data do óbito do titular, sem exigência de pagamento das mensalidades, ficando mantida a cobrança dos valores relativos à coparticipação nas despesas assistenciais previstas na cláusula "Mecanismos de Regulação", quando houver, do contrato de plano de saúde originalmente assinado pelo CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso deste 1 (um) ano, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o beneficiário fosse vivo, conforme definição na Cláusula Condições de Admissão ou inadimplirem o pagamento de coparticipação nas despesas assistenciais, quando houver previsão de cobrança no contrato de plano de saúde.

Parágrafo Segundo. O direito ao FEA não se efetuará:

a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem em dia;
b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
c) para os beneficiários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
d) para os beneficiários que, mesmo inscritos na qualidade de beneficiários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo Terceiro. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, desde que regularmente inscritos no plano de saúde conforme Cláusula Condições de Admissão do contrato de plano de saúde e segundo regulamento próprio:

a) o cônjuge;
b) a companheira ou companheiro, desde que haja união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
c) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
d) os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
e) a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
f) incapazes a partir de 24 anos: Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

Parágrafo Quarto. Os demais dependentes inscritos no plano de saúde, não listados no parágrafo anterior e aqueles mantidos no contrato de plano de saúde a partir dos 24 anos (Cláusula Condições de Admissão, inciso II, parágrafo segundo), não terão direito ao benefício do FEA.

Parágrafo Quinto. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Sexto. O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência.

Parágrafo Sétimo. Conforme normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em caso de morte do titular do contrato de plano de saúde, o(s) dependente(s) vinculado(s) poderá (ão) exercer a portabilidade especial de carências para um plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em qualquer operadora, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, desde que atendidas as regras previstas na referida norma. Excepcionalmente, em razão do benefício de remissão, o direito a portabilidade especial de carências poderá ser exercido em até 60 dias após a data de término do benefício do FEA.

Parágrafo Oitavo. A permanência ou inscrição do(s) dependente(s) no plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão requer comprovação do vínculo destes com o empresário individual contratante ou pessoa jurídica contratante do plano de saúde, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Nono. O presente benefício se extinguirá a partir do gozo do benefício do FEA pelos respectivos dependentes legais inscritos, de forma não cumulativa; ou seja, em caso de falecimento do dependente que assumiu a titularidade para fins do FEA, não haverá período de benefício.

2) VIGÊNCIA CONTRATUAL

O presente contrato terá prazo indeterminado de vigência.

Parágrafo Primeiro. Tratando-se de prestação de serviços adicionais a Plano de Saúde, a vigência do presente contrato subordina-se à vigência do Plano de Saúde, rescindindo-se, automaticamente, por quaisquer das causas que motivarem a rescisão daquele.

Parágrafo Segundo. De igual forma, a eventual suspensão do atendimento do Plano de Saúde implicará na suspensão dos direitos aqui contratados.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

....., ... de ..... de .....

_____	_____
CONTRATADA	**CONTRATANTE**
Unimed Chapecó Coop.Trab. Méd. Reg. Oeste Cat. Ltda	

TESTEMUNHAS:

1 - _____	**2 -** _____
Nome:	Nome:
CPF:	CPF: