

Registro 30488-3

CNPJ: 45.425.899/0001-22

Razão Social: UNIMED DE BOTUCATU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Plano: FC - FISICA COMPLETO

Nº Registro: 459.394/09-4

Dados Gerais

Contratação: Individual ou familiar

Abrangência Geográfica: Grupo de municípios

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Padrão de Acomodação: Coletiva

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

Instrumento Jurídico

Data do Ajuste à RN 195: 15/09/2010

Tema: I - ATRIBUTOS DO CONTRATO**Código de Identificação:** I**Identificação do texto:** ATRIBUTOS DO CONTRATO**Texto do Dispositivo:**

1.1. Na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, a UNIMED prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, oferecendo cobertura aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames, à exceção das exclusões legais e constantes neste contrato em cláusula específica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

1.2. Por este instrumento particular, bilateral, oneroso e de adesão, que gera direitos e obrigações às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil vigente e subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor nos termos do artigo 35 "G" da lei 9656/98, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e UNIMED, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições ajustadas.

Tema: II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**Código de Identificação:** II.2**Identificação do texto:** CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**Texto do Dispositivo:**

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

2.2. Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção

prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

2.2.1. É considerado Beneficiário Titular o CONTRATANTE, ou outro indicado por este, expressamente cadastrado no contrato e proposta de adesão.

2.3. Podem ser inscritos no contrato como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

2.3.1. Cônjuge;

2.3.2. Filhos(as) solteiros(as) até 21 anos;

2.3.3. Filhos(as) solteiros(as) até 24 anos quando comprovada a condição de vínculo como estudante(s) universitário(as);

2.3.4. Filhos(as) solteiros(as) inválidos(as) (mediante comprovação de dependência pelo INSS);

2.3.5. Equipara-se ao cônjuge a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;

2.3.6. Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos dos Beneficiários Titulares ou Dependentes;

2.3.7. Equiparam-se aos filhos legítimos, mediante apresentação da Declaração do Imposto de Renda, o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

2.4. Por se tratar de contrato com cobertura obstétrica, nos termos do artigo 12, inciso III, alínea "a" da lei 9656/98, é assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto ou data da adoção.

2.5. Os filhos naturais ou adotivos de Beneficiários serão considerados Beneficiários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após a condição que os tornou dependentes, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade.

2.5.1. Aos recém-nascidos na vigência deste contrato em parto coberto pela operadora, ou seja, após o cumprimento pelo beneficiário do período de carência de 300 dias para parto, é assegurada a inscrição com isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção. Neste caso, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, assim como incidência de cobertura parcial temporária ou agravado.

2.5.1.1. Em caso de parto ocorrido sem cobertura da UNIMED, ou durante o período de carência para parto, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência já cumpridos por seu titular, sendo submetido aos períodos ainda a serem cumpridos.

2.5.2. 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 Beneficiário adotante, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data da adoção.

2.5.3. Caso as inscrições sejam requeridas após o prazo de 30 (trinta) dias, vigorarão os prazos de carências estabelecidos na cláusula "Carências".

2.6. Todos os Beneficiários dependentes deverão ser inscritos no máximo em até 30 (trinta) dias após a condição que os habilitou tornarem-se Beneficiários, ressalvada à UNIMED a prerrogativa de exigir comprovação quando julgar necessária.

2.7. O CONTRATANTE fornecerá à UNIMED a relação dos Beneficiários, juntamente com cópia dos documentos que darão suporte às referidas informações, responsabilizando-se pelas informações sobre titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED o direito de solicitar comprovações quando julgar necessário.

2.7.1. A relação da documentação necessária encontra-se relacionada no Manual do Cliente disponibilizado pela UNIMED.

2.8. O CONTRATANTE comunicará à UNIMED as alterações cadastrais (inclusões de novos Beneficiários e exclusões de Beneficiários cadastrados), sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da alteração.

Tema: III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Código de Identificação: III

Identificação do texto: COBERTURA ASSISTENCIAL

Texto do Dispositivo:

3.1. A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, prevista neste instrumento, assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura".

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

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

3.4. Cobertura para Atendimento Ambulatorial:

São os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, compreendendo:

3.4.1. Consultas médicas, sem limite de utilização, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.4.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, salvo aqueles excluídos pelo item "Exclusões de Cobertura".

3.4.3. Consultas e sessões com profissionais das especialidades de nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

3.4.4. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogos como por médicos devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente.

3.4.5. Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.4.6. Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:

3.4.6.1. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

3.4.6.2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato (sessões não cumulativas, ou seja, direito a 12 [doze] sessões a cada ano de contrato).

3.4.6.3. Cobertura total aos atendimentos ambulatoriais clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos

psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.4.6.4. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico cooperado, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

3.4.7. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar nos termos da RN 192 da ANS:

3.4.7.1. atividades educacionais ;

3.4.7.2. consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

3.4.7.3. implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

3.4.7.4. procedimento sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA)

3.5. Atendimento Hospitalar

São os atendimentos realizados em ambiente hospitalar, compreendendo:

3.5.1. As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, assim discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

3.5.2. As internações deverão ser autorizadas pela UNIMED sem limitação de prazo, valor máximo ou quantidade, independente de ser internação na acomodação contratada ou UTI – Unidade de Terapia Intensiva e similares, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

3.5.3. As internações serão realizadas após autorização da UNIMED, mediante solicitação preferencialmente de médico cooperado, por intermédio de uma “guia de internação hospitalar”.

3.5.4. Os Beneficiários Dependentes serão internados no mesmo padrão de acomodação do Beneficiário Titular.

3.5.5. A alteração no padrão de acomodação em internação somente será permitida na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED, conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

3.5.6. Estão cobertos por este contrato os seguintes serviços de internação hospitalar, ficando claro que quaisquer outras despesas com serviços de internação não relacionados neste item serão de responsabilidade da CONTRATANTE:

3.5.6.1. Despesas de diárias de internação na acomodação prevista neste contrato, em hospitais credenciados da UNIMED, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas dela credenciadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.5.6.2. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Beneficiário em ambiente hospitalar, prescritos pelo médico assistente;

3.5.6.3. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução do tratamento 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;

3.5.6.4. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação;

3.5.6.5. Remoção do Beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

3.5.6.6. Despesas de 1 (um) acompanhante de Beneficiário internado menor de 18 (dezoito) anos ou com

idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada.

3.5.7. Transplantes de Rim e Córnea

3.5.7.1. Os Beneficiários terão direito a transplantes de rim e córnea e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, sendo que a cobertura se estende a:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos Beneficiários submetidos aos transplantes, exceto medicação de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.5.7.2. Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica vigente, em especial à Lei 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3.407, de 05 de agosto de 1998, que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98 e com a Resolução do CONSU nº 12/98;

3.5.7.3. Os Beneficiários candidatos a transplantes 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 seleção;

3.5.7.4. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT;

3.5.7.5. É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro de suas funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o Beneficiário receptor.

3.5.8. Transtornos Psiquiátricos

3.5.8.1. O presente contrato cobre 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, inclusive aqueles necessários aos atendimentos das lesões auto-infligidas;

3.5.8.2. Nas internações hospitalares, está coberto o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral;

3.5.8.3. Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento de _____ (_____), a título de co-participação das despesas de internações referentes aos dias que ultrapassarem o prazo do custeio integral definido acima, ficando claro que, caso seja aplicado em percentual, este estará de acordo com o índice limite divulgado pela ANS à época da contratação deste instrumento;

3.5.8.4. O Beneficiário poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia de acordo com o previsto em diretriz de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento;

3.5.9. Cirurgias Plásticas

3.5.9.1. Conforme artigo 10-A da Lei nº 9.656/98, está prevista a cobertura para cirurgia plástica para reconstrução de mama em decorrência de mutilação por utilização de técnicas para tratamento de câncer, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias.

3.5.9.2. O presente contrato assegura, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, a cobertura de cirurgias plásticas reparadoras, que são as efetuadas exclusivamente para reparação de funções em órgãos, membros e regiões.

a) - Conforme artigo 10, Inciso II da lei 9.656/98, as cirurgias plásticas para fins estéticos estão excluídas desta cobertura.

3.5.10. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

3.5.10.1. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial, não estéticas, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

3.5.10.2. 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, além do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.5.11. Partos

3.5.11.1. Além dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, o presente contrato também garante:

a) - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo;

b) - Cobertura de um acompanhante indicado pela parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

c) - inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção. Neste caso, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de CPT ou Agravo.

3.5.12. A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas de internações hospitalares em hospitais credenciados da operadora, estando expressamente excluídos hospitais considerados de alto custo e tabela própria.

3.5.12.1. Hospital de Tabela Própria ou Hospital de Alto Custo é aquele que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a tabela de preços de terceiros.

3.6. Coberturas especiais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento:

3.6.1. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

3.6.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

3.6.3. Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

3.6.4. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

3.6.5. Hemoterapia;

3.6.6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.6.7. Nutrição parenteral ou enteral;

3.6.8. Embolizações;

3.6.9. Radiologia intervencionista;

3.6.10. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

3.6.11. Procedimentos de Fisioterapia;

Tema: IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Código de Identificação: IV.1

Identificação do texto: EXCLUSÕES DE COBERTURA

Texto do Dispositivo:

4.1. FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO ENTRE AS PARTES QUE A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELOS EVENTOS E DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO:

4.1.1. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

a) NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

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

c) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS EM TERRITÓRIO NACIONAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATUAL, COM EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO;

d) TRATAMENTOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DECORRENTES DE TRATAMENTOS NÃO CUSTEADOS PELA UNIMED, SALVO SE NA ÉPOCA DA REALIZAÇÃO ESTES FIZEREM PARTE DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO OU CONFORME PREVISTOS NA SÚMULA 10/2006;

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

f) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS EM QUALQUER HIPÓTESE;

g) TRATAMENTOS E CIRURGIAS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

h) CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

i) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS E COSMÉTICAS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

j) INTERNAÇÕES OU HOTELARIA EM SPA'S OU CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS;

k) ESCLEROTERAPIA DE VARIZES;

l) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS DE NATUREZA ESTÉTICA EM GERAL; CIRURGIA PLÁSTICA PÓS GASTROPLASTIA (CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA);

m) CIRURGIA REFRACTIVA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA, QUE NÃO SE ENQUADRE NAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR DEFINIDAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

n) CIRURGIA REFRACTIVA PARA CORREÇÃO DE HIPERMETROPIA, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA, QUE NÃO SE ENQUADRE NAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR DEFINIDAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

o) TRATAMENTOS CLÍNICOS E/OU CIRURGIAS ESTÉTICAS PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO;

p) TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE QUE NÃO SE ENQUADRE NAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR DEFINIDAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

q) VASECTOMIA E LAQUEADURA TUBÁRIA PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR, BEM COMO SUA REVERSÃO (RECANALIZAÇÃO DE TROMPAS E CANAIS DEFERENTES) QUE NÃO SE ENQUADRE NAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR DEFINIDAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

r) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

s) IMPLANTE E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, EXCETO DE RINS, Córnea e TRANSPLANTES AUTÓLOGOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

t) DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

u) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO O QUE DETERMINA O ARTIGO 5º, INCISO I E PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 7º DA RESOLUÇÃO CONSU 10/98;

v) PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

w) EXAME DE PATERNIDADE;

x) ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS, E POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS;

y) NECRÓPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

4.1.2. MEDICAMENTOS, MATERIAIS, ÓRTESES E PRÓTESES:

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

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

c) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE E ACESSÓRIOS NÃO RECONHECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA;

d) MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

e) 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;

f) VACINA IMUNIZANTE (EXCETO NOS CASOS DE INCOMPATIBILIDADE DE RH).

4.1.3. ATENDIMENTO DOMICILIAR:

- a) ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;
- b) CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA;
- c) MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;
- d) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;
- e) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.

4.1.4. DESPESAS HOSPITALARES:

- a) 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 BENEFICIÁRIO TAIS COMO: TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGOBAR, 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 BENEFICIÁRIO;
- b) DESPESAS HOSPITALARES DE INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO E NÃO PRESCRITAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;
- c) INTERNAÇÕES HOSPITALARES FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO, COMO EM HOSPITAIS CONSIDERADOS DE ALTO CUSTO OU DE TABELA PRÓPRIA;
- d) ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, SALVO NA HIPÓTESE DA OCORRÊNCIA DO ARTIGO 33 DA LEI 9.656/98;
- e) TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES, EXCETO AS DESPESAS DE ACOMPANHANTE DE BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU COM IDADE IGUAL OU MAIOR DE 60 ANOS E DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS;
- f) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.

4.1.5. OUTROS:

- a) PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO À REVELIA DA UNIMED;
- b) CONSULTAS E SESSÕES DE PSICOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL QUE ULTRAPASSAREM O NÚMERO DE SESSÕES PERMITIDAS DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;
- c) NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS NO CONTRATO;
- d) ATENDIMENTO EM CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- e) EXAMES PARA UTILIZAÇÃO DE PISCINAS EM CLUBES ESPORTIVOS, GINÁSTICAS E PRÁTICAS ESPORTIVAS;

CONSTITUÍDA PELO MÉDICO SOLICITANTE OU NOMEADO PELO BENEFICIÁRIO, POR MÉDICO DA UNIMED E POR UM TERCEIRO, ESCOLHIDO DE COMUM ACORDO PELOS DOIS OUTROS MÉDICOS;

g) TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO QUE NÃO ESTEJA EXPRESSAMENTE PREVISTO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.

h) AS PARTES DESTACAM, COM A CLAREZA EXIGIDA PELO ART. 54, § 3º, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, QUE A RESPONSABILIDADE DA UNIMED LIMITA-SE À RELAÇÃO DE SERVIÇOS DESCRITOS NA CLÁUSULA DE COBERTURAS E INDIVIDUALMENTE RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO. CONSIDERA-SE ESTE ROL TAXATIVO PARA EFEITO DE COMPREENSÃO DOS DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS. PORTANTO, QUALQUER ESPECIALIDADE MÉDICA, PROCEDIMENTO CLÍNICO, EXAMES COMPLEMENTARES E SERVIÇOS AUXILIARES NÃO EXPRESSAMENTE CITADOS NA CLÁUSULA DE COBERTURAS E NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DOS EVENTOS, NÃO POSSUEM COBERTURA CONTRATUAL.

Tema: V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Código de Identificação: V.1

Identificação do texto: DURAÇÃO DO CONTRATO

Texto do Dispositivo:

5.1. O presente contrato é assinado pelo período de 12 (doze) meses, com vigência a partir do que ocorrer primeiro: assinatura da proposta de adesão, assinatura do contrato ou data do primeiro pagamento.

5.2. Após o período da vigência inicial, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado, podendo, a partir de então, ser rescindido pelo CONTRATANTE, a qualquer momento, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias.

5.3. Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor a título de renovação contratual.

Tema: VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Código de Identificação: VI.2

Identificação do texto: CARÊNCIAS

Texto do Dispositivo:

6.1. Para ter direito aos serviços objeto deste contrato os Beneficiários deverão cumprir os períodos de carências ajustados nesta cláusula.

6.1.1. Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências abaixo mencionadas.

6.2. Os períodos de carências passarão a contar a partir da data de inscrição do Beneficiário, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

6.3. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos Beneficiários são os seguintes:

6.3.1. 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência definidos como acidentes pessoais e 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;

6.3.2. 30 (trinta) dias para consultas;

6.3.3. 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas cobertas por este contrato, inclusive

as referentes à saúde mental, exceto partos a termo, que tem carência específica definida nesta cláusula;

6.3.4. 180 (cento e oitenta) dias para os demais exames e procedimentos cobertos por este contrato, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, de acordo com a cobertura prevista na Lei 9.656/98, respeitando-se os limites e restrições e especificações de exclusões de coberturas;

6.3.5. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

Tema: VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Código de Identificação: VII.2

Identificação do texto: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Texto do Dispositivo:

7.1. Para melhor entendimento dos direitos e obrigações desta cláusula e conforme o que dispõe a RN 162/2007 da ANS:

7.1.1. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano contratado;

7.1.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao plano contratado, 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;

7.1.3. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a UNIMED e a CONTRATANTE.

7.1.4. Declaração de Saúde é um formulário elaborado pela UNIMED a ser preenchido pelo Beneficiário para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o mesmo saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da adesão ao contrato.

7.1.5. Entrevista qualificada é a orientação dada por um médico ao Beneficiário sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, além de esclarecimentos sobre questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

7.2. O Beneficiário deverá preencher e assinar uma Declaração de Saúde, conforme normativos editados pela ANS, com acompanhamento da Carta de Orientação ao Beneficiário, informando expressamente as doenças ou lesões preexistentes (DLP) que saiba ser portador, no momento da adesão ao presente contrato.

7.2.1. No caso de beneficiário dependente menor de 18 (dezoito) anos, a Declaração de Saúde deverá ser preenchida pelo Beneficiário Titular ou seu representante legal, também identificando as doenças ou lesões preexistentes que saiba que o beneficiário dependente seja portador no momento de sua inscrição no contrato.

7.3. O Beneficiário poderá preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por médico de sua escolha, dentre aqueles referenciados pela UNIMED.

7.3.1. Na hipótese de escolha de médico diferente dos referenciados pela UNIMED, o Beneficiário arcará com os custos da entrevista.

7.4. Frisa-se que as inscrições dos Beneficiários somente serão efetivadas após a apresentação à UNIMED das Declarações de Saúde devidamente preenchidas e assinadas, além de outros documentos exigidos neste contrato.

7.5. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através da declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, será oferecido ao Beneficiário cumprir o período de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

7.5.1. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br;

7.5.2. Terminado o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao contrato, a cobertura assistencial prevista neste contrato passará a ser integral.

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

7.5.4. É facultado à UNIMED o oferecimento de Agravo como opção à CPT, conforme artigo 6º, parágrafo 1º da RN 162/2007

7.5.4.1. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.6. Caso seja identificado indício de fraude por parte do Beneficiário referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao contrato, a UNIMED deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de um "Termo de Comunicação", podendo oferecer, como forma de regularizar a situação:

7.6.1. Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data de adesão do Beneficiário ao contrato;

7.6.2. Agravo (facultativo), conforme o disposto no Artigo 6º da RN 162/2007;

7.6.3. Em caso de recusa do Beneficiário à proposta de regularização da situação, a UNIMED solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS. O processo administrativo diz respeito, exclusivamente, ao julgamento do mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do Beneficiário na Declaração de Saúde no momento da adesão ao contrato.

7.6.3.1. É vedada pela UNIMED a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário, com vistas à sua admissão no contrato, conforme Artigo 5º, Parágrafo 4º da RN 162/2007;

7.6.3.2. Até que haja decisão por parte da ANS em relação à omissão da informação, não haverá suspensão ou rescisão unilateral do contrato e nem negativa de cobertura assistencial;

7.6.3.3. Após julgamento e acolhida pela ANS da alegação da UNIMED sobre a omissão de informação pelo Beneficiário, a UNIMED poderá rescindir o contrato por fraude, sendo que a CONTRATANTE passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da UNIMED ao Beneficiário.

Tema: VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Código de Identificação: VIII

Identificação do texto: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Texto do Dispositivo:

8.1. São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os Beneficiários, caracterizados por declaração do médico assistente.

8.2. Também são consideradas emergências, nos casos de transtornos psiquiátricos, as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Beneficiário ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

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

8.4. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela UNIMED, na modalidade prevista neste contrato, devendo para tanto identificar-se como Beneficiário, apresentar o cartão de identificação UNIMED e cédula de identidade.

8.5. Aos Beneficiários em carência, os atendimentos de emergência ou os referentes às complicações no processo gestacional serão prestados após as 24 (vinte e quatro) horas de vigência de sua inscrição na UNIMED e se restringirão às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em nível ambulatorial. A partir da necessidade de internação, a responsabilidade passará a ser da CONTRATANTE.

8.5.1. Após o cumprimento das carências, haverá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.6. Os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais serão garantidos, sem restrição, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência da inscrição do Beneficiário na UNIMED.

8.7. Havendo acordo para cobertura parcial temporária, os atendimentos de urgência e emergência para as doenças ou lesões preexistentes relacionadas neste acordo e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, serão prestados aos Beneficiários, após as 24 horas de vigência de sua inscrição na UNIMED, e se restringirão, também, às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em nível ambulatorial (artigo 6º da Resolução CONSU 13/98). A partir da necessidade de internação a responsabilidade passará a ser do CONTRATANTE.

8.8. Nos casos de urgência e emergência, na impossibilidade de utilização, pelo Beneficiário, dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes.

8.8.1. Para a apresentação dos documentos para reembolso, o Beneficiário terá o prazo máximo de um ano, a contar da data de emissão dos comprovantes das despesas.

8.8.2. As despesas serão reembolsadas nos moldes e limitadas aos valores atribuídos pela UNIMED, ficando estabelecido que esses valores não poderão ser inferiores àqueles acordados com a sua rede de atendimento, sendo:

8.8.2.1. 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 a UT - Unidade de Trabalho - e outros índices vigentes;

8.8.2.2. Os materiais e medicamentos serão reembolsados de acordo com as Tabelas Brasíndice e SIMPRO, na rubrica "preço fábrica", que são os preços praticados junto à rede de atendimento da UNIMED;

8.8.2.3. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsadas pelo menor valor das cotações realizadas pela UNIMED, mediante apresentação da nota fiscal competente;

8.8.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:

a) - Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;

b) - Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, entre outros), relação dos materiais e

medicamentos consumidos;

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

d) - Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o Beneficiário.

8.9. Garantia de remoção:

8.9.1. Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, os Beneficiários terão direito a remoção inter-hospitalar terrestre para outra unidade da UNIMED, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, quando for atestada por médico cooperado/assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade prestadora do atendimento para a continuidade de atenção ao Beneficiário.

8.9.2. À UNIMED caberá o ônus e a responsabilidade pela remoção e inscrição do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, após a realização dos procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando:

a) - O Beneficiário estiver cumprindo período de carência para internação;

b) - 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 às doenças ou lesões preexistentes.

8.9.2.1. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 8.9.2., a UNIMED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.9.3. Na remoção, a UNIMED disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar de destino.

8.9.4. Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED, desse ônus.

Tema: X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Código de Identificação: IX.2

Identificação do texto: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Texto do Dispositivo:

9.1. Para ter direito aos serviços objeto deste contrato, os Beneficiários deverão cumprir os períodos de carências ajustados no item "Carências", e observar a necessidade da obtenção de senha de autorização, que deverá ser fornecida no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

9.1.1. Todas as informações sobre as condições de atendimento do Beneficiário junto à rede de prestadores estão descritas no Manual do Cliente, que será entregue pela UNIMED ao CONTRATANTE quando do envio dos cartões de identificação.

9.2. Todos os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais devem ser solicitados preferencialmente por médicos cooperados, porém, havendo necessidade, poderão ser solicitados por cirurgiões-dentistas (conforme Súmula Normativa 11/2007) ou médicos assistentes não pertencentes à rede contratualizada da UNIMED (Artigo 2º, inciso VI da Resolução CONSU 08/98).

9.2.1. Os serviços citados acima serão realizados somente por médicos cooperados ou recursos credenciados e em locais credenciados.

9.3. Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos Beneficiários na área de atuação da UNIMED, esta se responsabilizará pelo encaminhamento do Beneficiário para atendimento em outra Cooperativa Médica UNIMED.

9.4. A UNIMED disponibilizará “Guia Médico”, onde constarão:

9.4.1. Relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios;

9.4.2. Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;

9.4.3. Relação de serviços de urgência e emergência;

9.4.4. Relação dos hospitais contratados e próprios.

9.5. Faculta-se a UNIMED, a qualquer tempo, cancelar contratos com entidades hospitalares, bem como contratar novas, sempre objetivando aprimorar o atendimento, devendo comunicar alterações à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos do artigo 17, Parágrafos 1º e 4º da Lei 9.656/98.

9.5.1. Nos casos de Beneficiários internados em hospitais, cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a UNIMED garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação do serviço até a alta hospitalar;

9.5.2. É facultada à UNIMED a substituição da entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante a comunicação prévia de 30 (trinta) dias.

9.6. A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

9.7. Para fins de atendimento, a UNIMED expedirá cartão de identificação aos Beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.

9.8. Fica inequivocamente ajustado que os cartões de identificação expedidos pela UNIMED em função das obrigações do presente contrato são exclusivamente de sua propriedade, obrigando-se o CONTRATANTE a recolhê-los e devolvê-los no caso de rescisão contratual.

9.9. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da UNIMED, somente aos Beneficiários inscritos, desde que portadores do cartão de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência na forma da Lei nº 9.656/98.

9.10. Nas consultas de rotina, o Beneficiário será atendido pelo médico cooperado, competindo ao Beneficiário exercer livre escolha entre os médicos cooperados da UNIMED.

9.11. Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

9.12. Somente nas situações de urgências e emergências o Beneficiário terá direito à internação imediata, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela UNIMED no prazo de dois dias úteis após a data da hospitalização.

9.13. Será garantido, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da UNIMED e por um terceiro, escolhidos de comum acordo pelos dois outros médicos, sendo que, caso haja cobrança de honorários, esta deva ser suportada pela UNIMED.

9.13.1. Nesta hipótese, será fornecido ao Beneficiário laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse.

9.14. Para definição dos casos de aplicação das regras de regulação, será garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional médico avaliador, no prazo máximo de 1 (hum) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Tema: XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Código de Identificação: X.2

Identificação do texto: FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Texto do Dispositivo:

10.1. A forma de preço contratada neste instrumento para estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial é a classificada como "pré-estabelecido", ou seja, o pagamento do valor da contraprestação é efetuado antes da utilização das coberturas contratadas.

10.2. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED, em pré-pagamento, através de emissão de fatura:

10.2.1. As mensalidades, por Beneficiário, que serão calculadas em função de cada Beneficiário inscrito, considerando-se a respectiva faixa etária, conforme consta na cláusula "Faixas Etárias";

10.2.2. O custo de inscrição, por Beneficiário, no valor de R\$ _____
(_____).

10.2.3. O custo de via excedente de cartão de identificação (a partir da segunda via), no valor de R\$ _____
(_____).

10.2.4. As faturas emitidas pela UNIMED serão baseadas na comunicação de movimentação cadastral de beneficiários informada pelo CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis no ato do processamento da cobrança, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.3. As faturas serão pagas pelo CONTRATANTE, dentro do mês a que se referirem, por intermédio de boleto bancário, até o dia _____ (_____).

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

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

10.3.3. O não recebimento da fatura não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.3.4. O recebimento pela UNIMED de faturas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

10.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da fatura, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa de 2% (dois por cento), incidente sobre o valor do débito atualizado.

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

10.6. O não pagamento da fatura, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará o cancelamento dos serviços ora contratados.

10.6.1. O Contratante deverá ser avisado do cancelamento dos serviços ou rescisão do contrato, até o 50º dia de atraso.

Tema: XII - REAJUSTE

Código de Identificação: XI.1

Identificação do texto: REAJUSTE

Texto do Dispositivo:

11.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.

11.2. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente,

não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes à época.

11.3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

11.4. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, 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 contrato, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data-base do Contrato.

11.5. A periodicidade de revisão dos preços, prevista nesta cláusula, será alterada no caso de revogação da norma prevista no art. 28, da Lei 9.069, de 29.06.95.

Tema: XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Código de Identificação: XII.2

Identificação do texto: FAIXAS ETÁRIAS - 7 FAIXAS

Texto do Dispositivo:

12.1. Ficam estabelecidas as seguintes faixas etárias para o cálculo da mensalidade dos Beneficiários, bem como seus respectivos valores.

FAIXAS ETÁRIAS VALOR DA MENSALIDADE % DE REAJUSTE ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS

0 a 17 anos

18 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 49 anos

50 a 59 anos

60 a 69 anos

70 anos ou mais

12.2. Os valores de mensalidades constantes da tabela acima deverão ser reajustados no decorrer da vigência deste contrato, conforme previsto no item Reajuste.

12.3. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o Beneficiário inscrito esteja enquadrado.

12.4. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade será reajustada automaticamente de acordo com os percentuais de reajuste constantes na tabela acima, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário.

12.5. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na tabela de preços acima e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, ficando claro que não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.6. Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

12.7. A variação do valor da mensalidade não poderá atingir o Beneficiário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade que participa de um plano há mais de dez anos.

Tema: XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Código de Identificação: XIV.2

Identificação do texto: PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Texto do Dispositivo:

13.1. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

13.1.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.1.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do Contratante;
- c) por fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.2. A UNIMED só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários nos casos de fraude.

13.3. 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.

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

Tema: XVII - RESCISÃO

Código de Identificação: XV.2

Identificação do texto: RESCISÃO/SUSPENSÃO

Texto do Dispositivo:

14.1. Este contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela UNIMED, a qualquer momento, em duas hipóteses:

- a) 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;
- b) Por conduta fraudulenta do CONTRATANTE ou de qualquer Beneficiário pertencente ao presente instrumento, Titular ou Dependente, seja ela omissiva ou comissiva;

14.2. O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo por iniciativa do Contratante, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias.

14.3. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

14.4. 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 remanescentes e eventuais perdas e danos.

14.5. Rescindindo o presente contrato a CONTRATANTE se obriga a devolver os cartões de identificação emitidos em favor de seus beneficiários.

Tema: XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Código de Identificação: XVI.1

Identificação do texto: DISPOSIÇÕES GERAIS

Texto do Dispositivo:

15.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pela CONTRATANTE, um exemplar do Manual do Cliente para cada titular, os cartões de identificação dos beneficiários, as Declarações de Saúde dos beneficiários juntamente com a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.2. Os itens inseridos na Cláusula "Cobertura Assistencial" são taxativos, responsabilizando-se a CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

15.3. As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante os períodos de carências serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

15.4. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da UNIMED, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A UNIMED não autoriza qualquer acordo entre os beneficiários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.

15.5. Será excluído o Beneficiário que cometer fraudes, simulação, omissões e falsificações, ou não cumprir todas as cláusulas previstas neste instrumento.

15.6. O Beneficiário que perder a condição de dependente será excluído deste contrato, obrigando-se o CONTRATANTE a recolher o seu cartão de identificação e devolvê-lo à UNIMED.

15.7. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, o CONTRATANTE deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo do novo cartão de identificação no valor definido na cláusula "Formação de Preço".

15.8. À UNIMED fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o 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 julgadas pertinentes.

15.9. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54, parágrafo 3º do Código de Defesa do Consumidor - 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 Beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados neste contrato e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, não terão cobertura.

15.10. O CONTRATANTE se obriga a informar todas as movimentações cadastrais dos Beneficiários, bem como inclusões, alterações, exclusões, dentre outras, nos termos solicitados nas normatizações vigentes do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB - editado pela ANS, bem como qualquer outra de exigência normativa já estabelecida ou posteriormente divulgada pela ANS.

15.11. A CONTRATANTE expressamente declara e autoriza a UNIMED a tramitar para fins de auditoria médica e abastecimento de seu banco de dados, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos Beneficiários da CONTRATANTE, observado o disposto no Código de Ética Médica, desde que no interesse estritamente médico ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes.

15.12. A indevida utilização dos serviços fora das regras previstas neste contrato será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE.

15.13. Não havendo disponibilidade técnica na área de atuação da UNIMED onde o Beneficiário está inscrito, esta ficará responsável pelo agendamento e viabilização do encaminhamento para um recurso credenciado ao Sistema Unimed.

15.14. Compromete-se o CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

15.15. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à UNIMED.

Tema: XIX - ELEIÇÃO DE FORO

Código de Identificação: XVII

Identificação do texto: FORO DE ELEIÇÃO

Texto do Dispositivo:

16.1. 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 qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.2. Caso a UNIMED seja demandada em qualquer outro Foro que não o de eleição previsto no item anterior, fica o CONTRANTE responsável pelo ressarcimento de todas as despesas de viagens, traslados, hospedagens, dentre outras, utilizando-se os critérios fixados pela UNIMED. O valor total das despesas ocorridas em um mês será devidamente discriminado e incluído na fatura do mês subsequente, a ser encaminhada ao CONTRATANTE.