

ANS - Nº 333051

CONTRATO

Plano de Saúde
INDIVIDUAL E FAMILIAR
PESSOA FÍSICA

Unimed 
Guarulhos

Prezado cliente,

Seja bem-vindo à Unimed Guarulhos, onde você encontrará serviços de qualidade.

O que você acaba de receber é o contrato que deve ser preenchido cuidadosamente, com todos os dados solicitados.

Lembre-se que as assinaturas constantes na Declaração de Saúde e nos Aditivos Contratuais devem ser idênticas à Proposta de Adesão.

Obrigado por escolher a Unimed Guarulhos.

Atendimento ao Cliente

Rua Tabajara, 588 - Vl. São Jorge - Guarulhos - SP
Tel: (11) 2463-8000 • Fax: (11) 2463-8000

Central 24 horas

SAC: 0800 770 2500

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Plano de Assistência Médica e Hospitalar

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nº 301403

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	Modalidade: <input type="checkbox"/> Mensalidade em Pré-Pagamento sem Co-Participação <input type="checkbox"/> Mensalidade em Pré-Pagamento com Co-Participação
---	---

Utilize esta legenda para preenchimento dos campos solicitados:

Estado Civil Solteiro Casado Outros | **Sexo** Feminino Masculino

Parentesco Titular Cônjuge Companheiro(a) Filho Filha

Obs.: Caso tenha mais de um filho, seguir a sequência da numeração 10-11 ou 30-31

Contratante

Nome do Contratante (obrigatório para menores de 18 anos - sem abreviações)

RG do Contratante _____ CPF do Contratante _____

Endereço Residencial / Cobrança (Rua/ Av.) _____ Nº _____

Compl. _____ CEP _____ Bairro _____ Cidade _____

Fone residencial _____ Fone comercial _____ E-mail _____

Mensalidade: _____ Tipo plano _____ Valor R\$ _____

Dados do Titular

Nome Completo (sem abreviações)

Data de nascimento _____ Sexo _____ Est. Civil _____ Ocupação _____

CPF* _____ RG _____ Emissor _____ UF _____ RNE _____

Nome da Mãe (sem abreviações)

Declaração de nascido vivo _____ Cartão do SUS _____

Endereço Residencial / Cobrança (Rua/ Av.) _____ Nº _____

Compl. _____ CEP _____ Bairro _____ Cidade _____

Fone residencial _____ Fone comercial _____ E-mail _____

Mensalidade: _____ Tipo plano _____ Valor R\$ _____

Transporte Aeromédico: Sim Não Valor R\$ _____ Plano Medicamento: Sim Não Valor R\$ _____

Mensalidade Titular _____

*CPF do titular, mesmo quando menor de 18 anos.

Dados dos Dependentes

Dependente 1

Nome Completo (sem abreviações)

Data de nascimento Sexo Est. Civil Parentesco

CPF RG Emissor UF RNE

Declaração de nascido vivo Cartão do SUS

Nome da Mãe (sem abreviações)

Mensalidade Dependente 1

Mensalidade: Tipo plano Valor R\$

Transporte Aeromédico: () Sim () Não Valor R\$ _____ Plano Medicamento: () Sim () Não Valor R\$ _____

Dependente 2

Nome Completo (sem abreviações)

Data de nascimento Sexo Est. Civil Parentesco

CPF RG Emissor UF RNE

Declaração de nascido vivo Cartão do SUS

Nome da Mãe (sem abreviações)

Mensalidade Dependente 2

Mensalidade: Tipo plano Valor R\$

Transporte Aeromédico: () Sim () Não Valor R\$ _____ Plano Medicamento: () Sim () Não Valor R\$ _____

Dependente 3

Nome Completo (sem abreviações)

Data de nascimento Sexo Est. Civil Parentesco

CPF RG Emissor UF RNE

Declaração de nascido vivo Cartão do SUS

Nome da Mãe (sem abreviações)

Mensalidade Dependente 3

Mensalidade: Tipo plano Valor R\$

Transporte Aeromédico: () Sim () Não Valor R\$ _____ Plano Medicamento: () Sim () Não Valor R\$ _____

Dependente 4

Nome Completo (sem abreviações)

Data de nascimento Sexo Est. Civil Parentesco

CPF RG Emissor UF RNE

Declaração de nascido vivo Cartão do SUS

Nome da Mãe (sem abreviações)

Mensalidade Dependente 4

Mensalidade: Tipo plano Valor R\$

Transporte Aeromédico: () Sim () Não Valor R\$ _____ Plano Medicamento: () Sim () Não Valor R\$ _____

QUADRO DE VALORES

Valor Total da Assistência Médica (Titular + Dependentes)	R\$
Valor Taxa de Inscrição	R\$
Valor Total - Transporte Aero Médico (Titular + Dependentes)	R\$
Valor Total Plano Medicamento (Titular + Dependentes)	R\$
Valor Total da Mensalidade	R\$

VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA

Declaro que estou ciente que o valor do(s) plano(s) será reajustado anualmente, de acordo com a legislação vigente, bem como por mudança de faixa etária do beneficiário titular ou de algum beneficiário dependente inscrito.

A variação de valor do(s) plano(s) por mudança de faixa etária obedecerá aos percentuais da tabela abaixo:

Faixas Etárias	Variações
1ª faixa (até 18 anos)	Sem variação
Da 1ª para 2ª faixa (19 a 23 anos)	28,01%
Da 2ª para 3ª faixa (24 a 28 anos)	6,25%
Da 3ª para 4ª faixa (29 a 33 anos)	2,95%
Da 4ª para 5ª faixa (34 a 38 anos)	9,29%

Faixas Etárias	Variações
Da 5ª para 6ª faixa (39 a 43 anos)	14,38%
Da 6ª para 7ª faixa (44 a 48 anos)	40,01%
Da 7ª para 8ª faixa (49 a 53 anos)	33,90%
Da 8ª para 9ª faixa (54 a 58 anos)	12,21%
Da 9ª para 10ª faixa (59 anos ou mais)	62,27%

RECIBO

O vendedor, abaixo assinado, declara que, por autorização da Unimed Guarulhos, recebeu do titular/e ou contratante desta proposta a importância abaixo, referente ao pagamento da primeira mensalidade e da taxa de inscrição do plano ora proposto, ficando estabelecido que se a proposta não for aceita os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais mensalidades deverão ser pagas somente nos bancos. A Unimed Guarulhos não possui cobradores domiciliares.

Nome da Corretora: _____

Código da Corretora: _____

Nome do Vendedor: _____

CPF do Vendedor: _____

Atendimento ao Cliente

Rua Tabajara, 588 - Vl. São Jorge - Guarulhos - SP
Tel.: (11) 2463-8000 • Fax: (11) 2463-8000

Central 24 horas

SAC: 0800 770 2500

DECLARAÇÃO

Plano Referência

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nº 301403

Declaro, para todos os fins de direito, que na data da contratação de meu plano de saúde ____/____/____, a Unimed de Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico, conforme determina a Lei nº 9656/98, ofereceu-me o Plano Referência, com tipo de contratação individual/ e ou familiar e registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob nº 444.121.034.

DOS PLANOS CONTRATADOS

Entretanto, não tendo interesse no produto acima mencionado, por minha única e exclusiva iniciativa, contratei o produto abaixo descrito:

CATEGORIA DO PLANO				
OPÇÃO	NOME DO PRODUTO	CÓDIGOS	Nº DE REGISTRO DA ANS	ACOMODAÇÃO
	Regional Enfermaria	RE	459.240/08-9	Coletiva
	Regional Apartamento	RA	459.241/08-7	Individual
	Padrão	P1	444.122/03-2	Coletiva
	Integral	I1	444.123/03-1	Individual
	Supremo	S1	444.124/03-9	Individual
	Regional Enfermaria Participativo	RP	438.843/02-7	Coletiva
	Regional Apartamento Participativo	RT	438.844/02-5	Individual
	Padrão Participativo	P2	444.126/03-5	Coletiva
	Integral Participativo	I2	444.127/03-3	Individual
	Supremo Participativo	S2	444.128/03-1	Individual

VALORES E PERCENTUAIS DE CO-PARTICIPAÇÃO POR CATEGORIA DE PLANO

PLANOS	Consultas	Exames Básicos	Exames Especiais	Procedimentos Ambulatoriais Básicos e Especiais	Terapias (por sessão)	Fisioterapias (por sessão)	Internações	Internações Psiquiátricas
Regional Enf. Co-Participativo	R\$ 10,00	R\$ 5,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 75,00	50% do valor da internação
Regional Apto. Co-Participativo	R\$ 10,00	R\$ 5,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 110,00	
Padrão Enf. Co-Participativo	R\$ 10,00	R\$ 5,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 110,00	
Integral Apto. Co-Participativo	R\$ 10,00	R\$ 5,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 130,00	
Supremo Apto. Co-Participativo	R\$ 15,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 200,00	
Regional Enf. Pré-Pagamento	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	
Regional Apto. Pré-Pagamento	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	
Padrão Enf. Pré-Pagamento	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	
Integral Apto. Pré-Pagamento	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	
Supremo Apto. Pré-Pagamento	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	Isto	

Obs.: Todo procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificados como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) pela ANS será considerado Especial.

Obs.: * A co-participação para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo os atendimentos em hospital-dia, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

DESCRIÇÃO DAS CARÊNCIAS	
Descrição	Prazo
A) Urgências e Emergências	24 horas
B) Consultas Eletivas	30 dias
C) Exames Básicos	60 dias
D) Fisioterapias (por sessão)	90 dias
E) Exames Especiais	120 dias
F) Procedimentos Ambulatoriais Básicos	120 dias
G) Procedimentos Ambulatoriais Especiais	180 dias
H) Terapias (por sessão)	180 dias
I) Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias
J) Internações Psiquiátricas e Dependência Química	180 dias
K) Parto a Termo	300 dias
L) Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade relacionados com a Doença ou Lesão Preexistente	24 meses

Obs.: Todo procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificados como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) pela ANS será considerado Especial.

VENCIMENTO DAS MENSALIDADES	
Data Admissão	Dia
De 01 a 05	05
De 06 a 10	10
De 11 a 15	15
De 16 a 20	20
De 21 a 25	25
De 26 a 31	30

UNIMED SEGURO DE VIDA EM GRUPO	
Morte Natural	R\$ 1.200,00
Morte Acidental	R\$ 1.600,00

OPCIONAIS		
	VALOR	CARÊNCIA
Transporte Aero-médico		60 DIAS
Plano Medicamento		30 DIAS

DECLARAÇÃO

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nº

301403

Neste ato, tomo ciência de que o Plano de Assistência Médica a mim oferecido está devidamente adaptado às regras contidas na Lei nº 9656/98, que regula as contratações dos planos de assistência à saúde.

Declaro que ao preencher a presente Proposta de Adesão, recebi o Contrato do Plano de Assistência Médica e Hospitalar e seus aditivos, e aceitei suas cláusulas sem qualquer restrição, o que confirmo, apondo assinatura na presente Proposta de Admissão.

Declaro ainda, que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e ciente que o "Kit Boas Vindas" que compreende o Cartão de Identificação e o Guia Médico receberei posteriormente.

Declarações do Proponente

1. As informações prestadas são verdadeiras e completas e estamos cientes de que a omissão ou inexatidão das mesmas, que tenha influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, implicará no cancelamento do contrato.
2. Autorizo a Unimed Guarulhos a solicitar aos médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, a qualquer tempo, informações médicas que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto técnico relacionado com o presente plano de Assistência Médico Hospitalar.
3. Atendendo o estabelecido pela Resolução Normativa nº117, 30 de novembro de 2005 da Agência Nacional de Saúde - ANS, declaro estar ciente que deverei enviar a UNIMED GUARULHOS, situada na Rua Tabajara, 588 - Vila São Jorge - Guarulhos - SP - CEP 07111-120, cópia dos documentos que contenham as informações abaixo relacionadas, de todos os beneficiários inscritos no contrato.
 - a) Cópia do cadastro Pessoa Física (CPF/MF)
 - b) Cópia do documento de identificação (RG) ou RNE se estrangeiro;
 - c) Cópia do comprovante de endereço completo (logradouro, complemento, bairro, código de endereçamento postal - CEP, cidade unidade de federação), número de telefone e código DDD.

Local e Data

Assinatura do Titular/Contratante

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nº 301403

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doenças ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-los pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual.

Cobertura Parcial Temporária - CPT - Não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Foi-me entregue uma via da "Carta de Orientação ao Beneficiário" acima.

Como intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde, presenciei o preenchimento da Declaração de Saúde.

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local

Data

Local

Data

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Nº da Proposta: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nº 301403

Preenchimento do formulário pelo proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico orientador. Responda:

Nome do beneficiário titular: _____

SIM | NÃO | Em caso de resposta afirmativa, especifique no quadro descritivo na página seguinte:

Item	Tem ou teve:	Dependentes				
		Titular	1	2	3	4
1.	Doenças infecto-contagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras) AIDS ou é portador do vírus HIV? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Doenças ou tumorações malignas (câncer)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Doenças ou tumorações benignas (câncer)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, parkinson, alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Doenças do ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenoide, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Doenças do aparelho cardio-circulatório (pressão alta, angina, infato, derrames, entre outras) Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorroidas, aneurisma, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, rinite, sinusite, pneumonia, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, úlcera péptica, gastrite, cirrose hepática, colelitíase, entre outras)? Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras) Doenças reumáticas ou colagenoses (artrite, febre reumática, lupus, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções dos rins, nefrites, entre outras)? Realiza ou realizou diálise e hemodiálise? Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículo, pênis)? Doenças ginecológicas e das mamas (perineo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

01/11/12

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Informações Importantes

1. No preenchimento dessa Declaração de Saúde, o Proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o próprio Proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será aplicada:
- Cobertura Parcial Temporária - O Proponente não terá direito aos procedimentos de alta complexidade constantes no Rol de Procedimentos da ANS, procedimentos cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. A caracterização da doença ou lesão preexistente será efetuada com base nas respostas afirmativas da presente Declaração de Saúde.
4. A omissão de informação sobre a existência da doença ou lesão preexistente da qual o Proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o Proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____
Assinatura: _____
Nº da Proposta: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Atendimento ao Cliente

Rua Tabajara, 588 - Vl. São Jorge - Guarulhos - SP
Tel.: (11) 2463-8000 • Fax: (11) 2463-8000

Central 24 horas

SAC: 0800 770 2500

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Continuação)

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nº

301403

SIM | NÃO | Em caso de resposta afirmativa, especifique no quadro descritivo na página seguinte:

Item | Tem ou teve:

Titular	Dependentes			
	1	2	3	4

17. Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? Especificar
18. Doenças ou malformações congênitas (doenças de nascença) ou hereditárias? Especificar.
19. Sofre(u) de sequelas de acidentes (moléstia adquirida ou congênita)? Especificar
20. Já foi internado alguma vez ou submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima)? Especificar
21. Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado acima? Especificar
22. Realiza ou realizou quimioterapia, braquioterapia ou radioterapia?
23. Tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar
24. Possui marca-passo ou prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outras)? Especificar
25. Alguns dos ascendentes diretos (pais e avós) sofre(u) de qualquer doença (hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, doença vascular/circulatória, doença pulmonar, doença digestiva, doença renal, doença neurológica, doenças mental ou psiquiátrica, câncer)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quadro de Peso e Altura

	Titular	Dependentes				
	1	2	3	4	5	
Peso (kg)						
Altura (m)						
Idade						

Caso um ou mais participantes, apresentem uma ou mais das situações assinaladas positivamente, especifique em detalhes: datas, diagnósticos, tratamentos, evolução, sequelas, situação atual e o que considerar importante para avaliação médica.

Quadro Descritivo

Item	Cód. Titular/ Dependente	Data Evento		Uso Unimed CID - 10

() Optei por não utilizar o auxílio do Médico Orientador para o preenchimento desta Declaração de Saúde.

Médico Orientador

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Proponente preencher de próprio punho esta declaração.

_____ CRM e assinatura sob carimbo médico

Caso tenha sido declarada alguma doença preexistente, seu Plano de Saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária.

Declaro estar ciente de que a Unimed Guarulhos esta disponibilizando um médico orientador na rede referenciada, sem ônus financeiro, para entrevista qualificada e orientação para o preenchimento da minha Declaração de Saúde e de meus dependentes ou posso optar por um médico de minha livre escolha assumindo integralmente o ônus financeiro desta minha opção, sem direito a nenhuma espécie de reembolso. E, que ainda por julgar-me suficientemente apto posso preencher esta Declaração de Saúde dispensando o auxílio do médico orientador.

Declaro ainda, que tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e qualquer omissão, em relação a mim e meus dependentes caracteriza comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades legais cabíveis.

_____ / /
Local e Data

_____ / /
Assinatura do titular ou responsável pelo menor

Operadora: Unimed de Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 74.466.137/0001-72
Nº de Registro na ANS: 333051
Site: <http://www.unimedguarulhos.com.br>
Tel.: 2463-8000

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato

ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência / emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.

PLANOS COLETIVOS

Coletivo Empresarial

Com 30
participantes
ou mais

Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Com menos
de 30
participantes

É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.

Coletivo por Adesão

Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

CARÊNCIA

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, pericia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.

A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.

MECANISMOS DE REGULACAO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Coletivo Empresarial

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com 30 participantes ou mais

Com menos de 30 participantes

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário no plano.

Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude, e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral motivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantém o vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde.

O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no

mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à

saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

Abrangência geográfica

Apointa para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas

de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerará-se a como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CONDIÇÕES GERAIS do Contrato de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares

PLANO INDIVIDUAL E FAMILIAR - PESSOA FÍSICA

ANS - N° 333051

PROPOSTA DE ADMISSÃO N° 301403

SUMÁRIO

- TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO
- TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO
- TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
- TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA
- TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO
- TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA
- TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
- TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- TÍTULO IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO
- TÍTULO X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE
- TÍTULO XI - REAJUSTE
- TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS
- TÍTULO XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
- TÍTULO XIV - RESCISÃO
- TÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERAIS
- TÍTULO XVI - ELEIÇÃO DE FORO

Operadora de Planos de Saúde (O.P.S.):

UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Endereço: Rua Tabajara, nº 642 - Bairro: Vila São Jorge

Cidade: Guarulhos - U.F.: Estado de São Paulo - CEP: 07111-120

Telefone: (11) 2463-8000 **Fax:** (11) 2463-8000 **SAC:** 0800 770 2500

C.N.P.J.: 74.466.137/0001-72 **Inscr. Estadual:** Isento

PRODUTOS: PLANO INDIVIDUAL / FAMILIAR

Número de Registro do Produto na ANS: **459.240/08-9**

Nome Comercial: **Regional Enfermaria**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Coletiva

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **459.241/08-7**

Nome Comercial: **Regional Apartamento**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Individual

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **444.122/03-2**

Nome Comercial: **Padrão**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Coletiva

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Santa Isabel e São Paulo

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **444.123/03-1**

Nome Comercial: **Integral**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Individual

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Santa Isabel e São Paulo

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **444.124/03-9**

Nome Comercial: **Supremo**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Individual

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Santa Isabel e São Paulo

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **438.843/02-7**

Nome Comercial: **Regional Enfermaria Participativo**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Coletiva

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquetuba e Santa Isabel

Formação do Preço: Pré-Estabelecido com Co-participação

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **438.844/02-5**

Nome Comercial: **Regional Apartamento Participativo**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Individual

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquetuba e Santa Isabel

Formação do Preço: Pré-Estabelecido com Co-participação

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **444.126/03-5**

Nome Comercial: **Padrão Participativo**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Coletiva

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquetuba, Santa Isabel e São Paulo

Formação do Preço: Pré-Estabelecido com Co-participação

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **444.127/03-3**

Nome Comercial: **Integral Participativo**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Individual

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquetuba, Santa Isabel e São Paulo

Formação do Preço: Pré-Estabelecido com Co-participação

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Número de Registro do Produto na ANS: **444.128/03-1**

Nome Comercial: **Supremo Participativo**

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Área de Abrangência: Grupo de Municípios

Padrão de acomodação: Individual

Área de Atuação: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquetuba, Santa Isabel e São Paulo

Formação do Preço: Pré-Estabelecido com Co-participação

Serviços e coberturas adicionais: Não constam

Registro ANS sob o nº 333051

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E HOSPITALARES

TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Seção I - Do Objeto

Art.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por intermédio de rede própria ou contratada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98, visando exclusivamente à cobertura dos procedimentos específicos da segmentação assistencial contratada (AMBULATORIAL e HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA), de acordo com o rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art.2. A assistência ora pactuada visa, além da recuperação e manutenção da saúde, também à prevenção da doença, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

Seção II - Da Natureza

Art.3. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro (Lei Federal nº 10.406/02), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei Federal nº 8.078/90), de forma subsidiária.

Art.4. O presente também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas se mantêm, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

Art.5. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, declaração de saúde e demais documentos firmados pelas partes.

TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Seção I - Dos Titulares

Art.6. O usuário titular é o CONTRATANTE ou aquele por ele indicado.

Seção II - Dos Dependentes

Art.7. Podem ser inscritos como usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial; e,
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

Parágrafo único. Caso haja previsão expressa na Proposta de Admissão, conforme critério da CONTRATADA poderão ser incluídos no contrato outros integrantes do grupo familiar, desde que tenham com o usuário titular parentesco consanguíneo até o terceiro grau, ou até o segundo grau de parentesco por afinidade.

Art.8. Observadas as condições de inscrição, é assegurada a inclusão:

- I- do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou a adoção;

- II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante;
- III - do cônjuge ou convivente do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, **quando contrair matrimônio, ou houver o implemento da condição de união estável, durante a vigência do contrato, e desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar da celebração do contrato.** Iguais requisitos serão observados para as inscrições de enteados do usuário titular.

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos nos incisos I e III deste artigo, os usuários cumprirão integralmente os períodos de carência dispostos neste contrato.

Seção III - Da Inclusão

Art. 9. O CONTRATANTE é obrigado a fornecer todos os dados exigidos pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com nomes, sem abreviações, e qualificação completa de cada um, incluindo data de nascimento, sexo, nome da mãe, endereço residencial, e, conforme o caso: CPF (maiores de dezoito anos), PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, carteira de identidade etc., cabendo sua atualização e complementação, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

Art. 10. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre o Usuário Titular e o beneficiário dependente, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo.

Art. 11. Não poderá ser inscrito no plano o dependente que, na data da assinatura deste contrato estiver internado. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão mediante a realização de perícia médica.

TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Seção I - Das Condições de Atendimento

Art. 12. O Usuário Titular e seus dependentes farão jus à cobertura básica que está prevista neste contrato e os atendimentos serão prestados através da rede de atendimento e abrangência geográfica do plano escolhido, que consta da Proposta de Admissão.

Parágrafo único. Os usuários poderão optar pelos tipos de planos a eles oferecidos, de acordo com os descritos na Proposta de Admissão.

Art. 13. A CONTRATADA assegurará aos usuários regularmente inscritos, e satisfeitas as condições deste contrato, a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, 10ª Revisão, CID-10, **limitada aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação assistencial contratada** (AMBULATORIAL e HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA), - observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, - realizados exclusivamente pelos recursos próprios ou contratados para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos previstos neste contrato terá cobertura, **caso haja indicação clínica.** Nas localidades onde houver dificuldade de cooperação ou contratação dos profissionais, a cobertura se dará por meio de reembolso.

§2º. O atendimento, **dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato,** está assegurado independentemente do local de origem do evento, observadas as especificações deste instrumento.

Seção II - Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 14. A Segmentação Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (excluídos os procedimentos da segmentação odontológica), não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas,** ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- I- cobertura de consultas médicas com médicos **cooperados**, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- II- cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação** conforme preceitua o caput deste artigo;
- III- cobertura de consulta e sessões de psicoterapia, com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo **de acordo com os limites estabelecidos no rol de procedimentos** editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **conforme indicação do médico e observadas as Diretrizes de Utilização** definidas pelo órgão regulador;
- IV- cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação médica;
- V- cobertura para os seguintes **procedimentos considerados especiais**:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde** dentro do estabelecimento de unidades de saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios;
 - c) radioterapia ambulatorial (**procedimentos descritos no Rol** de Procedimentos editados pela ANS para a segmentação ambulatorial);
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais (prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas);
 - e) hemoterapia ambulatorial; e
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Art. 15. A cobertura da segmentação ambulatorial não inclui (a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio; (b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e (c) embolizações.

Seção III - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 16. Durante a internação, clínica ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I- diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- II- cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- III- cobertura de despesas referentes a honorários dos médicos cooperados, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação fornecida pelo estabelecimento hospitalar;
- IV- 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, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V- cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- VI- cobertura de despesas de alimentação e acomodação - observado o padrão contratado: individual ou coletivo -, fornecidas exclusivamente pelo hospital, de um acompanhante para usuários menores de 18 anos, idosos a partir de sessenta anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente e as condições do estabelecimento, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- VII- cobertura para os seguintes **procedimentos considerados especiais** cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência **prestada em nível de internação hospitalar**:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) quimioterapia;

- c) radioterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS.

Art. 17. Incluem-se nas coberturas deste plano:

- I - a cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar;
- II - **os transplantes, apenas de rim e córnea, e os de medula óssea (autólogo e alogênico), - estes, desde que satisfeitos os critérios técnicos estabelecidos nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS -, incluindo as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza os transplantes:**
 - a) entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
 - a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - a.2) os medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
 - a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção;**
 - a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
 - b) os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, obrigatoriamente, deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, caso contrário, estará excluída a cobertura;
- III - **as órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as características (dimensões, material de fabricação e tipo) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME e, quando solicitado, justificar clinicamente sua indicação, podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que assegurada similaridade com o material indicado.**

§1º. **Prótese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e **órtese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§2º. A **classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina** no país como órteses ou próteses **deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada** periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br.

Art. 18. A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando:

- I - efetuada, **exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros que estejam causando problemas funcionais** em virtude de eventos ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo usuário, ou que não seja caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica;
- II - reconstrutiva de mama **que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer.**

Art. 19. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos.

§1º. O usuário poderá dispor de atendimento/acompanhamento em hospital-dia para transtornos mentais **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (Diretriz de Utilização editada pela ANS) para paciente portador de:**

- I- transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- II- esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- III- transtornos do humor (episódio maniaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- IV- transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

§2º. As **internações decorrentes de transtorno psiquiátrico**, inclusive os atendimentos em hospital-dia, estão sujeitos à co-participação do usuário conforme definido na Proposta de Admissão. Caso não haja definição de Co-participação para as demais internações, a CONTRATANTE participará no custeio daquelas decorrentes de transtorno psiquiátrico quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

§3º. A atenção prestada aos portadores de **transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios**, utilizando a **internação psiquiátrica apenas como último recurso** terapêutico e mediante indicação do médico assistente.

Seção IV - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

Art.20. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, observado o rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e ainda, desde que a mãe, ou adotante, conforme o caso, tenha cumprido as carências específicas:

- I- cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeiras vinte e quatro horas após o parto);
- II- cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; ultrapassado esse prazo, a cobertura cessará, exceto se tiver sido incluído no plano, respeitadas as condições para sua inscrição.

Seção V - Da Cobertura da Proteção Assistencial Familiar - PAF

Art.21. Ocorrendo o falecimento do usuário titular, que tiver idade inferior a 65 (sessenta cinco) anos na data de sua inscrição, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde, objeto deste contrato, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até **2 (anos)**, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

Parágrafo único. Não estão incluídos nesta cobertura os eventuais valores em co-participação por procedimento, cuja obrigação de pagamento pelos usuários subsistirá na forma e condições anteriores.

Art.22. Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, considera-se dependente aquele aceito como tal no plano, desde que, sua condição de dependência.

Parágrafo único. O direito a Proteção Assistencial Familiar também é conferido ao nascituro, considerado filho do titular falecido, nos termos da legislação civil, inscrito de acordo com as condições contratuais.

Art.23. O dependente que não for inscrito juntamente com o titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer depois de decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

Art.24. Este benefício fica condicionado à apresentação, pelos dependentes, de cópia autenticada dos seguintes documentos:

- 1. Do titular falecido:
 - 1.1 certidão de óbito;
 - 1.2 documento de identidade e CPF.
- 2. Do(s) beneficiário(s):
 - 2.1 cônjuge: certidão de casamento atualizada (emitida após o óbito) e documento de identidade;
 - 2.2 filhos: certidão de nascimento ou termo de adoção, para os adotivo;
 - 2.3 enteado: certidão de nascimento e certidão de casamento do titular falecido com o ascendente do enteado;

- 2.4 convivente: prova dessa condição;
- 2.5 incapazes: alvará judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou curatela;
- 2.6 pais: certidão de nascimento ou de casamento do titular.

Parágrafo único. Os usuários que não apresentarem os documentos exigidos no **caput** ficam impedidos de usufruir deste benefício, ainda que tivessem o direito à cobertura deste contrato quando vivo o titular.

Art. 25. Os Cartões de Identificação dos beneficiários serão substituídos pela Identificação Pessoal do Benefício - Proteção Assistencial Familiar (PAF).

Art. 26. O direito a Proteção Assistencial Familiar (PAF) prevalecerá independentemente do lugar onde os beneficiários residam ou venham a residir, desde que situado na área de ação de uma Unimed associada ao **Sistema Unimed**.

Art. 27. O término da cobertura da Proteção Assistencial Familiar (PAF) não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.

Seção VI - Da Cobertura do Auxílio Funeral

Art. 28. Esta cobertura assegura, em caso de morte do titular, o pagamento de indenização dentro do limite da importância estabelecida na Proposta de Admissão.

§ 1º. Somente será assegurada a cobertura se o titular:

1. na data do óbito tiver cumprido o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de sua inscrição no plano;
2. tiver idade inferior a 65 (sessenta e cinco) anos na data de sua inscrição;
3. se o **CONTRATANTE** estiver rigorosamente em dia com o pagamento das mensalidades na data do óbito do titular; e,
4. tiver cumprido o prazo de permanência de 6 (seis) meses no plano, contados da data da sua inscrição.

§ 2º. Em caso de sinistro, deverão ser encaminhados à **Unimed** cópia autenticada dos seguintes documento:

1. Do Segurado falecido:
 - 1.1 certidão de óbito;
 - 1.2 documento de identidade e CPF;
 - 1.3 para morte acidental, mais os seguintes:
 - 1.3.1 boletim de ocorrência;
 - 1.3.2 laudo cadavérico;
 - 1.3.3 laudo de dosagem toxicológica, se houver.
2. Do(s) beneficiário(s):
 - 2.1 cônjuge: certidão de casamento atualizada (emitida após o óbito) e documento de identidade;
 - 2.2 filhos: certidão de nascimento ou termo de adoção, para os adotivos;
 - 2.3 enteado: certidão de nascimento do enteado e certidão de casamento do ascendente do enteado com o titular;
 - 2.4 pais: certidão de nascimento ou de casamento do titular;
 - 2.5 convivente: declaração do tempo de convivência registrada em cartório;
 - 2.6 incapazes: alvará judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou curatela.

§ 3º. Poderão, ainda, ser solicitados quaisquer outros documentos que se façam necessários para pagamento da cobertura.

Art. 29. O atraso no pagamento das mensalidades implicará na suspensão da cobertura.

Art. 30. A indenização não será devida na hipótese do titular, ou respectivos dependentes, de alguma maneira, der causa ou contribuir para a ocorrência do falecimento, bem como os eventos decorrentes de:

1. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, rebelião, insurreição, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, tumulto, confisco, sublevação, greves, bem como quaisquer outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, e, ainda, atos das Forças Armadas e de Segurança em tempos de paz;
2. inundação, furação, ciclones, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, maremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;
3. radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação pela radioatividade ou resíduo de combustão de material nuclear e explosões nucleares;
4. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
5. competições com veículos, inclusive treinos preparatórios;
6. quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;
7. doenças preexistentes e conhecidas pelo usuário na época da contratação do seguro e acidentes ocorridos antes da contratação individual do seguro.

TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 31. Estão excluídos da cobertura deste plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e ainda:

- I - atendimentos prestados **antes do início da vigência contratual** ou do cumprimento dos **prazos de carências**, ou prestados em **desacordo** com o estabelecido neste contrato;
- II - tratamento clínico ou cirúrgico **experimental**, isto é, aqueles que:
 - a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
 - c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- III - fornecimento de medicamentos para **tratamento domiciliar**, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- IV - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde **importados não nacionalizados**, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- V - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- VI - despesas com **assistência odontológica** de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- VII - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- VIII - **para planos com acomodação coletiva**: despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de **um** acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades específicas;
- IX - **para planos com acomodação individual**: despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de **um** acompanhante;
- X - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- XI - cirurgias para mudança de sexo;
- XII - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIII - **procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA**, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste instrumento;
- XIV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com **finalidade estética**;

- XV - inseminação artificial**, assim entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XVI - enfermagem em caráter particular** em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVII - cirurgias plásticas estéticas** de qualquer natureza;
- XVIII - procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética**, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- XIX - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico**;
- XX - aplicação de vacinas**;
- XXI - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo**;
- XXII - consultas e atendimentos domiciliares**, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XXIII - remoção domiciliar**;
- XXIV - implantes e transplantes**, exceto os de córnea e rim e os transplantes de medula óssea, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;
- XXV - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar**;
- XXVI - investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade**;
- XXVII - procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.**

Art. 32. Estão excluídos ainda, mesmo quando dentro da área geográfica de abrangência do plano, quaisquer serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias (mesmo em casos de urgência e/ou emergência) realizados em estabelecimentos não contratados por este plano.

TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 33. Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, cuja contagem se iniciará na data de sua assinatura ou da Proposta de Admissão, ou ainda, a partir do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

Art. 34. Salvo manifestação em contrário do CONTRATANTE, com antecedência mínima de trinta dias, o presente contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não sendo cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação.

TÍTULO - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 35. Os usuários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência estabelecidos na Proposta de Admissão.

Parágrafo único. O início da contagem do período de carência dar-se-á na data de início de vigência do presente contrato para o usuário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua inclusão no plano.

Art. 36. O CONTRATANTE tem acesso a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br, bem como as Diretrizes de Utilização e Diretrizes Clínicas, **que correspondem à cobertura deste plano, ressalvadas as exclusões deste instrumento, notadamente os procedimentos da segmentação odontológica, sendo certo que qualquer inclusão de novos procedimentos na cobertura, após a contratação, importará cumprimento do período de 180 (cento e oitenta) dias de carência.**

Art. 37. O Usuário Titular, depois de decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de admissão, poderá mudar de plano.

§ 1º. Os usuários que se transferirem para um plano mais oneroso, pagarão as diferenças de valores estipulados para o tipo de plano que ingressar, sujeitando-se aos períodos de carências abaixo **para o novo padrão de acomodação e/ou rede de atendimento**, ficando garantida cobertura do contrato original. Os prazos de carência, a contar da data da solicitação de mudança de plano, são os seguintes:

- a) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas e transplantes;
- b) 300 (trezentos) dias para parto e procedimentos obstétricos.

§ 2º. A mudança para um plano menos oneroso somente será feita após análise da utilização do usuário, observando-se o abaixo descrito:

- a) havendo internação hospitalar, a mudança será feita decorridos 12 (doze) meses da data da última internação do usuário;
- b) não havendo internação hospitalar, a mudança será feita decorrido o prazo estabelecido no caput;
- c) independentemente do período estabelecido para mudança, se houver opção por tipo de plano com acomodação em apartamento, os usuários estarão sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência indicados no § 1º acima, alíneas 'a' e 'b'.

TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 38. Para efeito deste contrato, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 39. É condição prévia para inclusão do usuário que este informe, por meio de declaração de saúde (conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do plano.

Parágrafo único. O usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores da CONTRATADA, sem qualquer ônus. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Art. 40. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, posteriormente ou não à entrega da Declaração de Saúde, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações.

Parágrafo único. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 41. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, 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, a CONTRATADA poderá restringir tais coberturas por meio de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo único. A Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou inclusão do usuário no plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo usuário ou seu representante legal, ou constatadas por perícia.

Art. 42. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses de permanência ininterrupta do usuário no plano contratado.

Art. 43. Se for identificado indício de fraude por parte do usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente ao usuário a alegação de omissão de informação por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou requerer abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de omissão na declaração de saúde, conforme norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º. O usuário será responsável pelo ressarcimento à CONTRATADA das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente reconhecidamente omitida, além de ser excluído do contrato.

§2º. A CONTRATANTE é solidariamente responsável pelo ressarcimento mencionado acima.

TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art.44. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:

- I- **emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
- II- **urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. Haverá cobertura dos procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Art.45. Quando o atendimento de emergência ou em decorrência de complicações no processo gestacional for **efetuado no decorrer dos períodos de carência da segmentação hospitalar, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial**, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, **não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar**, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a **responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário**, não cabendo ônus à CONTRATADA.

Art.46. **Após 24 (vinte e quatro) horas** da vigência do plano **para o respectivo usuário**, estará garantida a cobertura integral, **dentro do Rol de Procedimentos** das segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, **para os casos de emergência e urgência em decorrência de acidentes pessoais.**

Art.47. Os usuários cujos atendimentos estejam restritos em decorrência de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para a segmentação ambulatorial, excluídos os procedimentos de alta complexidade definidos no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art.48. Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, é garantida a cobertura de remoção para outro estabelecimento hospitalar, **dentro da área de abrangência do plano**, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, e que desses serviços necessite:

- I- quando caracterizada, pelo médico assistente, a **falta de recursos** oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente para os procedimentos cobertos; ou
- II- pela necessidade de internação para os usuários **em cumprimento de período de carência ou Cobertura Parcial Temporária**, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente **para uma unidade do Sistema Único de Saúde** que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, observadas as seguintes disposições:
 - a) só cessará a responsabilidade da CONTRATADA sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
 - b) **quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;** e
 - c) **quando não for possível a remoção por risco de vida, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.**

Art.49. A CONTRATADA assegurará o reembolso **no limite das obrigações deste instrumento** das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, **dentro da abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados para o plano.**

Parágrafo único. Fica expressamente estabelecido que o presente **não contempla reembolso de atendimento fora da área de abrangência, tampouco por troca de médico por preferência do usuário**, ainda que por especialista, havendo serviço médico disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Art.50. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado **de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento**, - que não será inferior aos valores que a CONTRATADA remunera a rede de prestadores deste plano, - no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo CONTRATANTE, dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral ao montante despendido pelo usuário:

- a) solicitação de reembolso em formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando 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, discriminando funções e o 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.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art.51. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**

Art.52. **O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.**

TÍTULO IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art.53. A **CONTRATADA** fornecerá aos beneficiários o **cartão individual de identificação** referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, **cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato**, desde que o usuário esteja regularmente inscrito, podendo a **CONTRATADA** adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

Parágrafo único. Caso haja necessidade de segunda via do Cartão Individual de Identificação este deverá ser solicitado por escrito e retirado na sede da UNIMED, **mediante pagamento do respectivo valor.**

Art.54. A **CONTRATADA** assegurará aos usuários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares **previstos no contrato e no Rol de Procedimentos, realizados pelos médicos cooperados da Unimed e rede dos demais prestadores próprios e contratados referente ao plano adquirido**, conforme Guia de Serviços de Saúde.

§1º. As consultas deverão ser realizadas no consultório do **médico escolhido entre os cooperados da UNIMED.**

§2º. Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela **CONTRATADA**, **por meio da rede própria ou contratada constante no Guia.**

§3º. O usuário, ao utilizar-se dos serviços, **deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.** As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da **CONTRATADA**, pelo serviço de tele-atendimento ou pela Internet.

Art.55. **Para acesso a quaisquer serviços os usuários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.**

Art.56. **As internações eletivas requerem autorização prévia**, e para a sua obtenção o usuário apresentará à **CONTRATADA** o **pedido médico com as devidas razões da internação**, com indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

Parágrafo único. Caso não seja necessária a realização de perícia, a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificativa médica a ser apresentada à OPERADORA.

Art. 57. Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva autorização da internação e procedimentos, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 58. O usuário estará obrigado, ao internar-se, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 59. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

Art. 60. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 61. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 62. A CONTRATADA se reserva o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Parágrafo único. Fica garantido ao usuário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Art. 63. A CONTRATADA poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei Federal nº 9.656/98, ou seja, comunicação com antecedência de trinta dias ou após prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para os casos de substituição ou redução da rede hospitalar, respectivamente.

Art. 64. O CONTRATANTE participará no pagamento dos procedimentos de transtorno psiquiátrico realizados, conforme especificado neste instrumento, pela chamada "co-participação", que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de co-participação.

Art. 65. Para os produtos com formação de preço PARTICIPATIVO o CONTRATANTE participará, conforme percentuais e/ou valores especificados neste contrato, no pagamento dos procedimentos pela chamada "co-participação", que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de co-participação.

Art. 66. Haverá co-participação no percentual ou valor monetário conforme assinalado na Proposta de Admissão, cujos valores referência são aqueles fixados na Tabela de Referência.

TÍTULO X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 67. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Art.68. Os valores e critérios de cobrança estão dispostos na Proposta de Admissão.

Art.69. **O CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA**, por usuário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades.

§1º. A **INSCRIÇÃO**, a ser paga uma única vez, juntamente com a primeira mensalidade, corresponde ao valor atribuído à remuneração pelos custos de implantação do plano: cadastramento dos usuários, expedição de documentação, Cartões Individuais de Identificação etc. O valor da Inscrição está descrito na Proposta de Admissão.

§2º. As **MENSALIDADES**, cujos valores são **aferidos de acordo com a idade dos usuários** dispostos conforme a faixa etária em que se enquadrem, correspondem às contraprestações sucessivas e mensais pelo plano ora contratado. A Mensalidade inicial na primeira faixa etária (até 18 anos), por usuário e a data de **vencimento no mês**, está descrito na Proposta de Admissão.

§3º. A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art.70. **Ocorrendo impontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária** de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, **além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado**, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, **honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão**, a critério da CONTRATADA.

Art.71. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art.72. Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, **deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora.**

TÍTULO XI - REAJUSTE

Art.73. Os **valores das Mensalidades** foram fixados com base em cálculo atuarial **levando-se em consideração os custos dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência prevista de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, os limites, valor e/ou percentual de co-participação e a carga tributária** que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim, **quaisquer alterações desses itens ensejarão novos valores.**

Art.74. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades e da eventual co-participação será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do contrato, observado o limite máximo autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º. 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 **valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, baseado na variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), da Fundação Getúlio Vargas, no período, ou se este índice deixar de ser divulgado, adotar-se-á outro que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período;**

§2º. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

Art.75. Não sendo vedado o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado quando o nível de sinistralidade ultrapassar o índice de 75%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do contrato.

Parágrafo único. Para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \left\{ \left[\frac{S}{M} + \left[\frac{1,1}{5} \times \sqrt{\frac{S}{M}} \right] - 0,75 \right] - 1 \right.$$

onde:

R = Reajuste

S = Sinistros ('despesas' geradas pela utilização dos serviços)

M = Mensalidades ('receita' recebida)

Art.76. Além dos reajustes acima previstos, haverá alteração de preço em razão da mudança de faixa etária, disposto no tema próprio.

TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS

Art.77. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. **Ocorrendo alteração na idade de qualquer usuário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do usuário.**

Art.78. As faixas etárias para os fins deste contrato serão:

- 1ª - de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- 8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- 10ª - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art.79. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, que não se confunde com o reajuste financeiro anual, obedecerá aos percentuais definidos na Proposta de Admissão.

§1º. Os percentuais definidos acima para a mudança de faixa etária incidirão sobre as mensalidades vigentes na data que ocorrer a alteração da idade do usuário (e que importe em deslocamento para a faixa etária superior), ou seja, os percentuais incidirão sobre os valores das mensalidades reajustadas e/ou revistas na forma contratual.

§2º. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária, e ainda, a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

§3º. Os usuários a partir de 59 anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, porém, estarão sujeitos ao reajuste financeiro anual, e, eventualmente, à revisão técnica, na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art.80. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

Parágrafo único. A exclusão do Usuário Titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito a manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção das obrigações decorrentes.

Art. 81. A CONTRATADA está autorizada a excluir os usuários ocorrendo fraude por:

- I- qualquer ato ilícito praticado na utilização do objeto deste instrumento;
- II- **utilização indevida do cartão individual de identificação do usuário;**
- III- **omissão ou distorção de informações** em prejuízo da operadora ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- IV- descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

Parágrafo único. No conceito de fraude incluem-se a má-fé e deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 82. É obrigação do CONTRATANTE recolher os cartões individuais de identificação dos usuários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela operadora, e encaminhá-los à sede da CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário.

§1º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

TÍTULO XIV - RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 83. O atraso no pagamento da mensalidade (inclusive da co-participação) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, sem prejuízo do direito de a CONTRATADA denunciar o contrato.

Parágrafo único. A CONTRATADA se obriga a notificar o usuário com pelo menos dez dias de antecedência antes da suspensão referida no caput.

Art. 84. Também será excluído deste contrato o grupo familiar cujo integrante tenha:

- I- praticado **qualquer ato ilícito** na utilização do objeto deste contrato;
- II- praticado **abuso**, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- III- utilizado indevidamente o cartão individual de identificação UNIMED;
- IV- omitido ou distorcido informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- V- descumprido as condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Art. 85. Na hipótese de rescisão durante o período da vigência inicial da adesão, este se obriga a pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo, que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressalvando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil vigente.

§1º. Ultrapassado o prazo inicial, o usuário poderá solicitar sua exclusão do plano, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica a subsistência das obrigações assumidas.

Art. 86. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do usuário.

Art. 87. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de exclusão do contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos usuários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

TÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I - Das Definições

Art. 88. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- I-** CONTRATANTE: é a pessoa física que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os usuários.
- II-** CONTRATADA: é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano contratado, nos termos deste instrumento, por meio de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.
- III-** USUÁRIO: é a pessoa física inscrita no plano que usufruirá os serviços ora pactuados, na qualidade de titular ou dependente.

Art. 89. Também são assim definidos:

- I-** ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- II-** AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- III-** AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A CONTRATADA não adota essa alternativa em seus contratos.
- IV-** ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
- V-** CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- VI-** CARÊNCIA: é o período ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, ou da data da adesão ao plano, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
- VII-** CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, data de nascimento, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.
- VIII-** CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS da respectiva segmentação assistencial contratada.
- IX-** COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente.
- X-** CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- XI-** CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.
- XII-** CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação de emprego ou estatutária, podendo abranger ainda, conforme previsão contratual, os sócios, administradores, demitidos, aposentados, agentes políticos, e respectivos grupos familiares.

- XIII -** CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, tais como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais, cooperativas que congreguem membros de categorias, podendo abranger, conforme previsão contratual, os respectivos grupos familiares.
- XIV -** CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
- XV -** CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.
- XVI -** CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência (podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas).
- XVII -** DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) e DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): definem critérios cujo atendimento é condição para que haja direito à cobertura dos procedimentos específicos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); sem o cumprimento das exigências (critérios das diretrizes) a operadora não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.
- XVIII -** DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XIX -** DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.
- XX -** ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXI -** EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XXII -** EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.
- XXIII -** EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário. São considerados EXAMES BÁSICOS de diagnóstico e terapias: a) análises clínicas; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica; f) exames radiológicos simples sem contraste; g) exames e testes alergológicos; h) exames e testes oftalmológicos; i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia; j) inaloterapia; k) prova de função pulmonar; l) teste ergométrico; m) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos. São considerados EXAMES ESPECIAIS de diagnóstico e terapia: a) eletroencefalograma prolongado; b) ultrassonografia; c) tomografia computadorizada; d) ressonância nuclear magnética; e) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; f) densitometria óssea; g) laparoscopia diagnóstica; h) medicina nuclear; i) eletrocardiografia dinâmica (holter); j) monitorização ambulatorial de pressão arterial; k) fisioterapia; l) radiologia com contraste; m) videolaringoscopia computadorizada; n) videolaparoscopia diagnóstica; o) eletromiografia; p) eletroneuromiografia. São considerados PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS: a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua); b) angiografia; c) polissonografia; d) hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias oftalmológicas; f) mapeamento cerebral; g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; h) embolizações e radiologia intervencionista; i) oxigenoterapia hiperbárica; j) litotripsia.
- XXIV -** EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o usuário seja portador antes da contratação.
- XXV -** GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.
- XXVI -** HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA, CATEGORIA DIFERENCIADA OU PRIMEIRA LINHA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços, acima dos praticados pelos demais estabelecimentos do mercado, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.
- XXVII -** INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXVIII -** MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.
- XXIX -** MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas e co-participação pecuniária previstas no contrato; contraprestação.

- XXX -** ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXI -** PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXXII -** PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo(a) CONTRATANTE; produto.
- XXXIII -** PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXIV -** PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): são aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.
- XXXV -** PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XXXVI -** RECEITA ou INGRESSO: é o valor total arrecadado pela CONTRATADA, compreendendo as mensalidades, a co-participação, se houver, e, ainda, eventual faturamento em custo operacional (preço pós-estabelecido).
- XXXVII -** RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS PELA OPERADORA: são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar e diagnose, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.
- XXXVIII -** RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS PRÓPRIOS: todo recurso físico, hospitalar ou ambulatorial, de propriedade da CONTRATADA, e ainda, profissional assalariado ou cooperado da CONTRATADA.
- XXXIX -** ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).
- XL -** SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos, constantes da relação entregue à CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.
- XLI -** TABELA DE REFERÊNCIA ou REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, utilizada para fins de reembolso, de acordo com as condições expressas no contrato.
- XLII -** URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Seção II - Das Disposições Gerais

Art. 90. Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 91. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

Art. 92. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços não cobertos pelo contrato ou, quando houver cobertura, eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de suspensão ou cumprimento de carência, após o término da relação contratual ou em fraude, obrigando-se o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 93. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 94. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue pela CONTRATADA ao CONTRATANTE, este deverá comunicar, por escrito, o fato àquela, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

Art. 95. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 96. Se qualquer das partes, em benefício da outra, permitir, mesmo por omissão, a inobservância no todo ou em parte de qualquer das cláusulas e condições deste contrato, tal fato não poderá liberar, desonerar ou de qualquer forma afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas, como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido, não implicando perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 97. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

Art. 98. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

§1º. O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos usuários como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª REVISÃO, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

§2º. A CONTRATADA fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Médica.

Art. 99. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Parágrafo único. As partes destacam que a responsabilidade da CONTRATADA limita-se à cobertura definida expressamente neste instrumento, considerando-se o rol de procedimentos taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos usuários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente incluídos neste contrato ou no rol de procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS não têm cobertura.

Art. 100. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a si e seus dependentes, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XVI - ELEIÇÃO DE FORO

Art. 101. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Guarulhos, dezembro de 2012.

UNIMED GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

Este contrato está registrado no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Guarulhos, sob o nº 049228.

