

Original

Dez / 2004

Contrato nº 34066

Fabio Rico
Vendas
Tel: 9948-8585

Contrato do Plano de Assistência Médica e Hospitalar

*Ambulatorial e
Hospitalar com
Obstetrícia*

Individual e Familiar

Unimed



Guarulhos

UNIMED DE GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**CONDIÇÕES GERAIS do Contrato de Prestação de Serviços
Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares
Segmento Ambulatorial e Hospitalar****PESSOA FÍSICA****ANS - Nº 33305-1**

PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº: _____

SUMÁRIO*Ana Carolina J. Leite*

- TÍTULO I - OBJETO E VIGÊNCIA
- TÍTULO II - DEFINIÇÕES
- TÍTULO III - REGIME DE CONTRATAÇÃO
- TÍTULO IV - PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS
- TÍTULO V - USUÁRIOS
- TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO
- TÍTULO VII - PLANOS
- TÍTULO VIII - CARÊNCIAS
- TÍTULO IX - CO-PARTICIPAÇÃO
- TÍTULO X - LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES
- TÍTULO XI - CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA
- TÍTULO XII - RESCISÃO DO CONTRATO
- TÍTULO XIII - BENEFÍCIOS ESPECIAIS
- TÍTULO XIV - DISPOSIÇÕES FINAIS

TÍTULO I - DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Art. 1. O presente contrato, regido pela LEI 9656/98, tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia das doenças listadas no CID-10 da Organização Mundial de Saúde e conforme rol de procedimentos para os planos ambulatorial e hospitalar, anexo à Resolução RDC nº 67 da ANS, publicada em 08 de maio de 2001, aos usuários regularmente inscritos, a partir da data de assinatura da Proposta de Admissão, conforme opção de plano escolhido pelo Contratante, mencionado na Proposta de Admissão devidamente assinada pelas partes, na forma e condições deste instrumento, arquivado no 1º Cartório de Títulos e Documentos de Guarulhos sob nº 168034.

Parágrafo Único - É facultada a contratação de Módulos Opcionais, sendo obrigatória a especificação de ajuste de cada um deles.

Art. 2. A assistência ora pactuada visa a prevenção da doença, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 3. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Admissão**, a **Declaração de Saúde** e demais documentos firmados pelas partes.

Art. 4. Este contrato tem o início a partir da data de assinatura da Proposta de Admissão, com duração mínima de 12 (doze) meses, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado.

§1º - Durante o período de vigência, o **Contratante** obriga-se a pagar as mensalidades previstas no Título XI, bem como eventuais valores de co-participação, sob pena de em não o fazendo serem tomadas as medidas judiciais cabíveis.

§2º - Na hipótese de rescisão contratual, eventuais valores de co-participação, vencidos, serão cobrados do **Contratante**.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 5. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. **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.
2. **Acidente do Trabalho:** é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto, ou ainda fora dele, desde que a serviço do empregador. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do usuário em suas atividades profissionais.
3. **Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS:** autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que é o Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
4. **Agravo da Contraprestação:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde oferecidos ao usuário como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária para doenças ou lesões pré-existentes.
5. **Apartamento:** tipo de acomodação para internação hospitalar em quarto privativo com direito a um acompanhante.
6. **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.
7. **Benefício:** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas no contrato.
8. **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.
9. **Carência:** é o prazo ininterrupto contado a partir da data de assinatura da Proposta de Admissão e/ou inclusão do usuário, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
10. **Cartão Individual de Identificação:** é a cédula na qual se determina a identidade do usuário e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
11. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
12. **Cobertura:** é o conjunto de procedimentos que o usuário tem direito de acordo com o contratado.

13. **Cobertura Parcial Temporária:** é aquela que admite, num prazo máximo de 720 (setecentos e vinte) dias, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, internações 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 agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente.
14. **Coefficiente de Honorários (CH):** representa a unidade básica para cálculo dos honorários médicos. É o fator representado em moeda vigente, que multiplicado pelo índice atribuído a cada procedimento da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira determinará seu valor.
15. **CONSU – Conselho de Saúde Suplementar:** 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.
16. **Consulta:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.
17. **Contratada:** a UNIMED DE GUARULHOS, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários inscritos, doravante denominada **Unimed**.
18. **Contratante:** é a **pessoa física** que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os usuários inscritos, devidamente qualificada na Proposta de Admissão.
19. **Contrato Individual:** é aquele oferecido para livre adesão de usuários, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.
20. **Convivente:** é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
21. **Co-Participação:** é a contribuição financeira definida em valores ou percentuais para os procedimentos realizados.
22. **Doença:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
23. **Doença Ocupacional:** é aquela que teve origem em decorrência do trabalho.
24. **Doença ou Lesão Preexistente:** é aquela que o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano de assistência à saúde.
25. **Eletivo:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
26. **Emergência:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
27. **Enfermaria:** tipo de acomodação para internação hospitalar com dois ou mais leitos.
28. **Guia Médico:** é a descrição da rede de atendimento médico-hospitalar contratada pela **Unimed**.
29. **Inclusão:** é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da **Unimed**.
30. **Intercâmbio:** é o serviço prestado por outra Unimed por meio de sua rede de atendimento.
31. **Internação Hospitalar:** é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
32. **Médico Cooperado:** é o médico que participa com cotas numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Unimed.
33. **Mensalidade:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à **Unimed**, em face das coberturas e co-participação previstas no contrato.
34. **Órtese:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
35. **Planos:** são as opções oferecidas pela **Unimed**, diferenciados entre si pela abrangência geográfica, rede de atendimento e tipo de acomodação.
36. **Primeiros Socorros:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência e emergência.
37. **Proposta de Admissão:** é o documento que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.
38. **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.
39. **Qualificação Completa dos Usuários:** são os dados necessários para o cadastramento, ou seja, nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, endereço, documento de identidade, CPF e nome completo da mãe.
40. **Rol de Procedimentos:** é a lista editada pela ANS por meio da Resolução RDC nº 67, publicada em 8 de maio de 2001, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios para cobertura pelas operadoras de planos de saúde.

41. **SADT – Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia:** atos complementares solicitados pelo médico cooperado. Para efeito deste contrato os serviços são classificados como exames simples, especiais, procedimentos ambulatoriais e terapias, e estão descritos no anexo SADT.
42. **Seguro Unimed de Vida em Grupo:** é o benefício que assegura, em caso de morte do titular, o pagamento da indenização dentro do limite da importância estabelecida na Proposta de Admissão.
43. **Sistema Unimed:** é o conjunto de Unimeds, cooperativas de trabalho médico, constantes do Guia Médico.
44. **Tabela de Referência:** 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.
45. **Taxa de Inscrição:** é o valor definido na Proposta de Admissão cobrado no ato do fechamento do contrato.
46. **Unimed:** é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764 de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
47. **Urgência:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
48. **Usuário:** é a pessoa física, inscrita e aceita pela **Unimed**, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, dependente ou ainda, agregado.

Art. 6. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao **Contratante** ou aos usuários.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

Art. 7. Este contrato caracteriza-se pela contratação individual, por livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

Art. 8. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação individual, **haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes**, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9. Os serviços ora acordados serão prestados pela **Unimed**, por meio da sua rede de atendimento, bem como pelas cooperativas médicas que integram o **Sistema Unimed**, em casos de urgência ou emergência, conforme plano escolhido, indicado na Proposta de Admissão, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento.

Art. 10. Ao utilizar-se dos serviços, o usuário deve confirmar as informações contidas no Guia Médico em razão do processo de atualização dos dados da rede de atendimento.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 11. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente inscritos e aceitos pela **Unimed**, após o cumprimento dos períodos de carência.

Art. 12. Na contratação de módulos opcionais, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 13. A **Unimed** assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, na **rede de atendimento e abrangência geográfica** do plano escolhido, conforme especificado abaixo:

1. **consultas:** os usuários serão atendidos no consultório do médico, dentre os cooperados constantes do Guia Médico;
2. **exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados pela rede de atendimento descrita no Guia Médico, mediante solicitação do médico cooperado;
3. **atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados pela rede de atendimento descrita no Guia Médico, mediante solicitação do médico cooperado.

Parágrafo Único - Os usuários deverão solicitar autorizações para os exames e procedimentos especiais, bem como para os tratamentos psicoterápicos de crise e internações, com **antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas**.

Art. 14. A Unimed não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira adversa da pactuada.

Parágrafo Único - Na hipótese do usuário ser atendido por alguma cooperativa integrante do Sistema Unimed, fora da área de abrangência geográfica ou em recursos que não constem da rede de atendimento contratada, todos os custos decorrentes de tal atendimento serão cobrados pela Unimed do Contratante, mediante apresentação de relatório demonstrativo de utilização, contendo os referidos valores.

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 15. A Unimed assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, no Território Nacional, no limite das obrigações deste contrato, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro da abrangência geográfica do plano escolhido quando não for comprovadamente possível a utilização da rede de atendimento do Sistema Unimed.**

Art. 16. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

1. solicitação de reembolso por meio de preenchimento de formulário próprio;
2. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
3. conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
4. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
5. 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 previsto no *caput*, o valor a ser reembolsado será atualizado pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 17. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao atendimento prestado ao usuário enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 18. O usuário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do atendimento.

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 19. Para efeito deste contrato, o usuário titular é aquele indicado pelo **Contratante** na Proposta de Admissão.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 20. São usuários dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade** em relação ao usuário titular:

1. o cônjuge;
2. filhos, enteados e o menor sob guarda judicial, solteiros até 24 anos incompletos;
3. filhos inválidos e tutelados, enquanto permanecerem nestas condições;
4. o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.**

CAPÍTULO III - DOS AGREGADOS

Art. 21. A critério do **Contratante** poderão ser admitidas outras pessoas na qualidade de **agregados**, para **utilizarem a assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento.**

Parágrafo Único - Terão direito ao Benefício Família (PEA) estabelecido no Capítulo I do Título XIII, os dependentes e os seguintes agregados: pai, mãe, filhos solteiros maiores de 24 (vinte e quatro) anos, todos em relação ao usuário titular.

CAPÍTULO IV - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 22. A inclusão do usuário titular, respectivos dependentes e agregados será processada pela Proposta de Admissão que, aceita pela **Unimed**, integrará este contrato para todos os fins de direito.

Art. 23. Ficará a critério da **Unimed** a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória das declarações do **Contratante**.

Art. 24. É assegurada a inclusão:

1. do recém-nascido, filho natural do usuário, **isento** do cumprimento dos períodos de carência, contanto que, simultaneamente:
 - a. a cobertura do parto esteja isenta de carência e,
 - b. a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.
2. do recém-nascido, filho natural do usuário, **com aproveitamento** dos períodos de carência já cumpridos pelo respectivo ascendente contanto que, simultaneamente:
 - a. a cobertura do parto não esteja isenta de carência e,
 - b. a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.
3. do filho adotivo do usuário menor de doze anos e o menor sob guarda judicial, **com aproveitamento** dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção ou termo de guarda;
4. do cônjuge do titular, **com aproveitamento** dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do evento;
5. do enteado do titular mediante apresentação de sua certidão de nascimento acompanhada da certidão de casamento ou declaração de convivência do titular com o cônjuge ou companheiro, **com aproveitamento** dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que seja inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do matrimônio ou da inclusão do companheiro;
6. do companheiro do titular, a qualquer tempo, mediante apresentação de declaração de convivência registrada em cartório, **sujeito ao cumprimento dos períodos de carência** indicados na Proposta de Admissão;
7. dos agregados, a qualquer tempo, **sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência** indicados na Proposta de Admissão.

§1º. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, **os novos usuários cumprirão os períodos de carência indicados na Proposta de Admissão.**

§2º. Caso a inscrição de dependentes **não seja no mesmo tipo de plano escolhido pelo titular, os novos usuários estarão sujeitos à carência para o novo padrão de acomodação e/ou rede de atendimento, descritas no §1º do artigo 50.**

Art. 25. O usuário que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, **em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como dependente**, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, ou passar à condição de agregado.

Art. 26. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para manutenção de sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

Parágrafo Único - A exclusão do titular cancelará a inscrição dos usuários a ele vinculados.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 27. A **Unimed** fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação contendo o plano escolhido e prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido e o recibo de pagamento das mensalidades em dia, na forma da lei, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a **Unimed** adotar, a qualquer tempo, novo sistema de identificação para melhor atendimento dos usuários.

Art. 28. É obrigação do **Contratante** na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **Unimed**, respondendo sob todos os aspectos pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta de qualquer responsabilidade a **Unimed**, a partir do termo final.

§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, suspensão de atendimento por inadimplência nos termos da lei, 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 acarretará na exclusão do titular, juntamente com os usuários a ele vinculados, ainda que o ato tenha sido praticado sem o conhecimento do mesmo. Fica a critério da Unimed pedido de indenização por perdas e danos.

Art. 29. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão, o **Contratante** deverá comunicar, por escrito, o fato à **Unimed**, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **Unimed**.

Parágrafo Único - As solicitações de 2ª via do cartão serão cobradas de acordo com o valor previsto em tabela vigente à época da solicitação.

TÍTULO VII - DOS PLANOS

Art. 30. Os usuários farão jus à cobertura básica que está prevista neste Título a qual discrimina o atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. Os atendimentos serão prestados **exclusivamente na rede de atendimento e abrangência geográfica do plano escolhido**.

CAPÍTULO I - DA COBERTURA

Art. 31. Estão incluídas na cobertura as doenças listadas no CID-10 da Organização Mundial de Saúde de acordo com os procedimentos relacionados na Resolução RDC nº 67 da ANS, publicada em 8 de maio de 2001.

SEÇÃO I - SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art. 32. Esta segmentação compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatorios, definidos e listados no Rol de Procedimentos anexo à Resolução RDC nº 67 da ANS, publicada em 8 de maio de 2001, e Psiquiatria de acordo com o art. 2º, inciso I da Resolução nº 11 do CONSU, observadas as coberturas abaixo:

1. consultas médicas, em número ilimitado, em consultórios, clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
2. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos, procedimentos e cirurgias ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente. Quando os procedimentos forem realizados em ambiente hospitalar, haverá cobertura **pelo período de até 12 (doze) horas**;
3. atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada em ambiente ambulatorial, **pelo período de até 12 (doze) horas**;
4. remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
5. nos tratamentos de transtornos psiquiátricos:
 - a. o atendimento às **emergências**, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio usuário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
 - b. a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas**.

SEÇÃO II - SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 33. Durante a internação clínica, psiquiátrica e/ou cirúrgica, a **Unimed** garante aos usuários, na rede de atendimento e tipo de acomodação do plano escolhido, os seguintes serviços hospitalares:

1. diárias de internação hospitalar sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico;
2. exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;
3. assistência médica prestada por médicos cooperados/assistentes;
4. medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;

5. taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
6. serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
7. utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;
8. unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico;
9. alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos da instituição;
10. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
11. despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto e de acordo com a área de abrangência geográfica do plano;
12. cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções;
13. procedimentos obstétricos e parto, incluindo atendimento de urgência e emergência no caso de complicação do processo gestacional;
14. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Art. 34. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 35. A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando realizada exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais, bem como cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Parágrafo Único - A mamoplastia está assegurada somente nos casos de hipertrofia mamária, desde que possa repercutir sobre a coluna vertebral, mediante avaliação da Unimed.

Art. 36. Os transplantes de rins ou córneas estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo de legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

1. despesas assistenciais com doadores vivos;
2. medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
3. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**

§1º. Os transplantes de rins ou córneas provenientes de doador cadáver estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação específica.

§2º. Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificados neste artigo, não serão cobertos pela Unimed.

Art. 37. Estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

§1º. Além da internação definida no *caput*, o usuário com transtorno psiquiátrico poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais (não cumulativas) de tratamento em regime de hospital-dia;

§2º. Os transtornos psiquiátricos constantes no CID-10 e abaixo relacionados terão o limite de cobertura estendido para 180 (cento e oitenta) dias, em hospital dia:

- F00 a F09 transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- F20 a F29 esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes;
- F70 a F79 retardo mental;
- F90 a F98 transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência.

§3º. As internações definidas neste artigo estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo usuário, nos seguintes termos:

- a) de um a trinta dias: não há co-participação;
- b) do trigésimo primeiro dia em diante: co-participação de 90% (noventa por cento).

§4º. Quando o **Contratante** fizer opção de também co-participar nas despesas para custeio das internações referentes às demais especialidades médicas, **não haverá a isenção a que se refere o §3º** (Art. 2º, Inciso II da Resolução nº 11 do CONSU).

Art. 38. Também estarão cobertas as internações para os usuários que apresentarem quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º. As internações referidas neste artigo estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, para o respectivo usuário, nos seguintes termos:

- a) de um a quinze dias: não há co-participação;
- b) do décimo sexto dia em diante: co-participação de 90% (noventa por cento).

§2º. Quando o **Contratante** fizer opção de também co-participar nas despesas para custeio dos atendimentos referentes às demais especialidades médicas, **não haverá a isenção a que se refere o §1º.** (art. 2º, inciso II da Resolução nº 11 do CONSU).

Art. 39. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO III – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 40. Fica assegurado o atendimento de urgência e emergência aos usuários deste contrato, sendo que se o usuário estiver em período de carência para internação hospitalar, este atendimento ficará restrito ao período de 12 (doze) horas.

§1º. Passado o período de 12 horas previsto no *caput*, a **Unimed** se responsabiliza pela remoção do usuário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

§2º. Quando o usuário ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferenciada daquela definida no §1º acima, a **Unimed** estará desobrigada do ônus financeiro decorrente de quaisquer atendimentos prestados a partir desta opção, inclusive a remoção.

§3º. Na hipótese de atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido ao usuário a internação hospitalar sem restrições, após decorridas 24 horas da inclusão do mesmo neste contrato.

CAPÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Art. 41. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado e autorização de internação emitida pela **Unimed** em favor do usuário.

Art. 42. Nos casos de urgência ou emergência, a liberação da internação será providenciada mediante análise e aprovação da **Unimed**.

Art. 43. Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, fornecer à administração do hospital, juntamente com a autorização de internação, o documento de identidade e o cartão individual de identificação emitido pela **Unimed**.

Art. 44. O prazo de internação, fixado pela **Unimed**, constará da autorização emitida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente..

Art. 45. Na hipótese do usuário optar por tipo de 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 prestador do atendimento.

Art. 46. A **Unimed** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

Art. 47. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

1. consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências previstas;
2. tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cirurgias e tratamentos não éticos e ilegais, cirurgias para mudança de sexo, embolização percutânea e tratamentos em câmara hiperbárica;
3. atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
4. tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes, exceto os relacionados na RDC n.º 67 da ANS, publicada em 8 de maio de 2001;
5. vacinas, medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
6. tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, de preservação, inseminação artificial, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos para todos os tipos de impotência sexual, exceto os relacionados na RDC n.º 67 da ANS, publicada em 8 de maio de 2001;
7. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
8. cirurgias plásticas, exceto as mencionadas no artigo 35; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado à obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;
9. medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;
10. check-up, investigação diagnóstica eletiva em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
11. exames para prática de natação e ginástica;
12. aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;
13. tratamentos odontológicos, de psicologia e fonoaudiologia;
14. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
15. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
16. implantes e transplantes de medula alogênico aparentado, transplante de medula óssea alogênico não aparentado, autotone e transplante de outros órgãos que não sejam rins ou córneas;
17. tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais, asilos e clínicas de recuperação de dependentes químicos;
18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da abrangência geográfica contratada;
19. acidentes de trabalho e suas conseqüências;
20. exames admissionais, demissionais e periódicos, uma vez que se trata de outro produto, denominado saúde ocupacional;
21. tratamento das doenças ocupacionais, ou seja, aquelas adquiridas em decorrência do trabalho;
22. despesas de acompanhantes, produtos de toalete e higiene pessoal e serviços telefônicos, durante a internação hospitalar;
23. despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados da Unimed ou entidades não credenciadas por esta;
24. os procedimentos de natureza cirúrgica, internação em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados na Resolução RDC n.º 68 da ANS, publicada em 8 de maio de 2001, referente à(s) doença(s) declarada(s) como preexistente(s) na Declaração de Saúde preenchida pelo usuário, durante 720 (setecentos e vinte) dias;
25. despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;
26. procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos da Resolução RDC n.º 67 da ANS, publicada em 8 de maio de 2001.

CAPÍTULO IV – DOS TIPOS DE PLANOS

Art. 48. Os usuários poderão optar pelos tipos de planos a eles oferecidos, de acordo com o descrito abaixo e indicados na Proposta de Admissão. Todos os planos apresentam a segmentação assistencial AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA e as carências descritas na Proposta de Admissão.

Parágrafo Único - Os planos denominados Referência e Referência Participativo apresentam a segmentação assistencial REFERÊNCIA.

1. **PLANOS REGIONAIS:** planos com atendimento eletivo, urgência e emergência nos municípios de Guarulhos, Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel.

MODALIDADE	PLANO	COD	ACOMODACAO	REGISTRO SINPAS
Pré-Pagamento	Regional Enfermaria	RE	Enfermaria	400.956/99-8
	Regional Apartamento	RA	Apartamento	400.958/99-4
Participativo	Regional Enfermaria	RP	Enfermaria	438.843/02-7
	Regional Apartamento	RI	Apartamento	438.844/02-5

2. **PLANOS COM EXTENSÃO DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** planos com atendimento eletivo na região metropolitana de São Paulo e Baixada Santista. atendimentos de urgências e emergências em todo Território Nacional.

MODALIDADE	PLANO	COD	ACOMODACAO	REGISTRO SINPAS
Pré-Pagamento	Referência	R1	Enfermaria	444.121/03-4
	Padrao	P1	Enfermaria	444.122/03-2
	Integral	I1	Apartamento	444.123/03-1
	Supremo	S1	Apartamento	444.124/03-9
Participativo	Referência Participativo	R2	Enfermaria	444.125/03-7
	Padrao Participativo	P2	Enfermaria	444.126/03-5
	Integral Participativo	I2	Apartamento	444.127/03-3
	Supremo Participativo	S2	Apartamento	444.128/03-1

CAPÍTULO V – DAS OPÇÕES DE MUDANÇAS

SEÇÃO I – MUDANÇA DE MODALIDADE DE PAGAMENTO

Art. 49. Os usuários poderão alterar a modalidade de pagamento (pré-pagamento para o participativo, participativo para o pré-pagamento) decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de admissão.

§1º. Ao se transferirem, os usuários não estarão sujeitos a novos períodos de carência, restando apenas, o cumprimento de eventuais períodos do plano original.

§2º. Na hipótese de alteração da modalidade participativo para pré-pagamento, serão cobrados do **Contratante** eventuais valores vincendos de co-participação.

SEÇÃO II – MUDANÇA DE PLANO

Art. 50. Os usuários, após decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de admissão, poderão 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 às carências abaixo **para o novo padrão de acomodação e/ou rede de atendimento**, ficando garantida a cobertura do contrato original. Os prazos de carência, a contar da data da solicitação de mudança de plano, são os seguintes:

- 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas eletivas e transplantes;
- 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:

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

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 51. Os períodos de carência para cada procedimento, são os dispostos abaixo e na Declaração de Saúde preenchida pelo **Contratante**.

Eventos	Carência
Urgências, emergências e acidente pessoal	24 horas
Consultas	15 dias
Exames e procedimentos simples	30 dias
Procedimentos ambulatoriais e terapias	90 dias
Exames e procedimentos especiais	120 dias
Internações clínicas e cirúrgicas eletivas, transplantes, dependência química e transtornos psiquiátricos em crise	180 dias
Parto a termo	300 dias
Doenças e lesões pre-existentes, carência para internações cirúrgicas, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade	720 dias

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 52. Os valores e percentuais de co-participação, quando houver, serão cobrados de acordo com os atendimentos prestados, mediante apresentação de relatório demonstrativo de utilização.

Eventos	Regional	Referência, Padrão e Integral	Supremo
Consultas (eletivas, urgências e emergências)	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 15,00
Exames e procedimentos simples	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 10,00
Exames e procedimentos especiais, procedimentos ambulatoriais e terapias	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
Internações clínicas e cirúrgicas em enfermagem	R\$ 75,00	R\$ 110,00	R\$ 130,00
Internações clínicas e cirúrgicas em apartamento	R\$ 110,00	R\$ 130,00	R\$ 200,00
Dependência Química	90% do valor da internação	90% do valor da internação	90% do valor da internação
Internações Psiquiátricas	90% do valor da internação	90% do valor da internação	90% do valor da internação

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 53. O **Contratante** está obrigado, por ocasião da contratação, a informar por si e pelos usuários a ele vinculados, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sob pena de sua omissão caracterizar fraude contratual.

§1º. A informação será prestada por declaração de saúde, cujo formulário está à disposição do **Contratante** na sede da **Unimed**, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para o **Contratante**, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§2º. É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração de saúde.

§3º. Fica a critério da **Unimed** a realização de exames prévios à inclusão dos usuários, posteriormente ou não à realização da entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar a qualquer tempo documentação comprobatória das declarações dos usuários.

§4º. A constatação de lesões ou doenças preexistentes pela entrevista qualificada ou por exames prévios à inclusão, que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 720 (setecentos e vinte) dias, a critério do **Contratante**, mediante declaração expressa de sua opção.

§5º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado ao **Contratante**.

§6º. A constatação da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente que não conste na Declaração de Saúde durante o período de 720 (setecentos e vinte) dias, contados do início da vigência do contrato, caracterizará fraude, sujeitando o usuário, à critério da **Unimed**, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

§7º. Constatada a doença ou lesão preexistente, observado o disposto nos parágrafos 4º e 5º acima, o **usuário não terá direito, durante 720 (setecentos e vinte) dias, aos seguintes procedimentos relativos ao tratamento da(s) referida(s) doença(s):**

- a) Internações em leitos de alta tecnologia;
- b) Atos de natureza cirúrgica;
- c) Procedimentos de alta complexidade, constantes do Anexo I da Resolução RDC nº 68 da ANS, publicada em 08 de maio de 2001, cuja cópia acompanha a declaração de saúde.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DO CONTRATANTE

Art. 54. O **Contratante** obriga-se a pagar à **Unimed**, pelos usuários inscritos neste contrato, os valores relativos à mensalidade e co-participação, conforme contratado.

Art. 55. As mensalidades e os eventuais valores relativos à co-participação serão pagos obedecendo a tabela abaixo, podendo a até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a **Unimed** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Data de Admissão	Vencimento
01 a 05	dia 05
06 a 10	dia 10
11 a 15	dia 15
16 a 20	dia 20
21 a 25	dia 25
26 a 31	dia 01

Parágrafo Único - O pagamento de uma mensalidade não gera a presunção de quitação das anteriores se essas não tiverem sido pagas.

Art. 56. Se o **Contratante** não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 10 (dez) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **Unimed** para que não se sujeite às consequências da inadimplência.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 57. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, será cobrada multa de 2% (dois por cento). Após 30 (trinta) dias de atraso também incidirá a correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Parágrafo Único - Se houver cobrança judicial das mensalidades em aberto, serão cobrados também, a partir da citação do **Contratante**, juros de mora de acordo com a taxa SELIC, ao mês.

SEÇÃO II - DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 58. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da Unimed denunciar o contrato, desde que o contratante tenha sido notificado previamente nos termos da lei.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I – DAS MENSALIDADES E DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 59. Os valores de mensalidades previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços (índice de 75%), o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as co-ências, o valor e/ou percentual de co-participação e a carga tributária que incide sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens, ensejará novos valores.

Art. 60. As mensalidades e os valores de co-participação serão reajustados, na periodicidade anual pela variação percentual autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 61. Na hipótese de existir legislação superveniente permitindo reajuste em período inferior a um ano, este será aplicado imediatamente a este contrato até o limite de reajuste mensal.

Art. 62. Além da atualização prevista no artigo 60, o cálculo poderá ser revisado se houver utilização comprovada acima da média normal ou aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência médica e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Para a recomposição de que trata este artigo, será estabelecida a seguinte fórmula:

$$r = \left[\left(\frac{S}{M} + 1,15 * \sqrt{\frac{S}{M}} \right) - 0,75 \right] - 1$$

Legenda:

- r = índice de reajuste
- S = sinistralidade num período de 12 meses
- M = mensalidades num período de 12 meses

Compõem a sinistralidade, as despesas médicas e/ou hospitalares com:

- a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) diárias e taxas hospitalares;
- c) materiais, e;
- d) medicamentos.

Art. 63. Fica estabelecido que os valores relativos às inscrições de usuários, ou de módulos opcionais, terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do contrato.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 64. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, ou no mesmo mês se o aniversário ocorrer antes ou na data do vencimento da mensalidade.

Art. 65. As faixas etárias e os percentuais de variação para fins deste contrato são:

Faixa Etária	Varição
00 a 18 anos	-----
19 a 23 anos	52,00%
24 a 28 anos	00,00%
29 a 33 anos	03,00%
34 a 38 anos	30,00%
39 a 43 anos	00,00%
44 a 48 anos	20,36%
49 a 53 anos	52,51%
54 a 58 anos	33,90%
59 anos ou mais	19,88%

Parágrafo Único - As variações percentuais entre as faixas etárias não poderão ultrapassar as estabelecidas acima.

Art. 66. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo.

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 67. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Contratante tenha sido notificado previamente, nos termos da lei, sem prejuízo do direito da Unimed requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

Art. 68. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo do direito da Unimed requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias, ocorrendo:

1. qualquer ato ilícito praticado pelos usuários na utilização do objeto deste contrato;
2. abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
3. utilização indevida do cartão individual de identificação **Unimed**, assim entendida também sua utilização por terceiros;
4. omissão ou distorção de informações em prejuízo da **Unimed** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
5. descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;
6. a exclusão do titular;
7. a falta de pagamento de 3 (três) mensalidades consecutivas, ainda que o **Contratante** venha a efetuar qualquer pagamento futuro por meio de boleto emitido por falta de baixa via computador ou, ainda, por depósito bancário.

Art. 69. Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultado ao **Contratante** denunciar o presente contrato mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

Art. 70. O **Contratante** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **Unimed**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários inscritos, cessadas as responsabilidades da **Unimed**, 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 XIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS**CAPÍTULO I - BENEFÍCIO FAMÍLIA (PEA)**

Art. 71. Ocorrendo o falecimento do titular, 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 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

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

Art. 72. Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, considera-se dependente aquele aceito como tal no plano.

Parágrafo Único - O direito ao Benefício Família (PEA) também é conferido ao nascituro, considerado filho do titular falecido, nos termos da legislação civil, inscrito de acordo com as condições contratuais.

Art. 73. 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. 74. Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido neste Capítulo o usuário que vier a perder sua condição de dependência.

Art. 75. 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 adotivos;
 - 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 direito à cobertura deste contrato quando vivo o titular.

Art. 76. Os Cartões de Identificação dos beneficiários serão substituídos pela Identificação Pessoal do Benefício Família (PEA).

Art. 77. O direito ao Benefício Família (PEA) 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**.

CAPÍTULO II - SEGURO UNIMED VIDA EM GRUPO

Art. 78. Este benefício assegura, em caso de morte do titular, o pagamento de indenização dentro do limite da importância estabelecida na Proposta de Admissão, e de acordo com as "Condições Gerais da Apólice do Seguro de Vida em Grupo", em poder da **Unimed**.

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

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

§2º. O capital segurado será corrigido anualmente pelo IGPM/FGV, ou por outro índice que venha a substituí-lo.

§3º. Fica preservado ao titular o direito de alterar, a qualquer tempo, os beneficiários do seguro.

§4º. Em caso de sinistro deverão ser encaminhados à **Unimed** cópia autenticada dos seguintes documentos:

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. enteados: certidão de nascimento do enteado e certidão de casamento do ascendente dos enteados 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.

§5º. Poderão, ainda, ser solicitados quaisquer outros documentos que se façam necessários à liquidação do sinistro.

Art. 79. O atraso no pagamento das mensalidades implicará na suspensão do seguro de que trata este capítulo, enquanto perdurar.

Parágrafo Único - O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades implicará no cancelamento do seguro.

Art. 80. 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, furacão, 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.

Art. 81. O presente seguro será coberto pela Unimed Seguradora S/A, com sede na Cidade de São Paulo - SP.

CAPÍTULO III – DA USIMED

Art. 82. Os usuários deste contrato terão direito, enquanto permanecerem vinculados à **Unimed**, aos benefícios oferecidos pela Usimed de Guarulhos Cooperativa de Usuários de Assistência Médica, consistentes em:

1. descontos na aquisição de medicamentos e perfumaria nas drogarias da Usimed Guarulhos;
2. descontos na aquisição de material médico-hospitalar nas drogarias da Usimed Guarulhos;
3. descontos na locação de órteses (cadeiras de rodas, muletas, andadores); camas hospitalares e oxigeneoterapia;
4. descontos na aquisição de armações de óculos, lentes e lentes de contato na Optica da Usimed Guarulhos e conveniadas;
5. descontos em estabelecimentos conveniados da Usimed Guarulhos, constantes do Guia de Benefícios, Serviços e Produtos entregue ao usuário no momento da assinatura do contrato;
6. cirurgia plástica estética: descontos e condições especiais para a realização de cirurgias plásticas de caráter estético;
7. cirurgias para correção de miopia e hipermetropia: descontos e condições especiais para a realização de cirurgias refrativas;
8. atendimento domiciliar com descontos e condições especiais para assistência aos usuários;
9. demais benefícios oferecidos pela Usimed Guarulhos.

Parágrafo Único - Para fazer jus aos benefícios acima, os usuários deverão estar inscritos junto à Associação de Usuários.

TÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 83. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **Unimed**, o **Contratante** deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, inclusive eletrônico, para a devida apuração.

Art. 84. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de ausência implica em dever do **Contratante** pagar à **Unimed** o respectivo custo, auferido por meio da Tabela de Referência.

Art. 85. A **Unimed** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante e sua rede de atendimento, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 86. O **Contratante** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **Unimed Guarulhos**, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do **Sistema Unimed**.

Art. 87. A inserção de mensagens no recibo ou boleto de cobrança das mensalidades valerá como intimação do **Contratante**, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 88. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 89. O **Contratante** autoriza a **Unimed** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, diagnósticos e procedimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, por si e por todos os usuários inscritos por meio deste contrato.

Art. 90. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 91. Fica eleito o foro da Comarca de Guarulhos para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 92. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação que rege as operadoras de planos de saúde vigente até 15 de setembro de 2004, 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.

Por estarem assim, justos e contratados, firmam a Proposta de Admissão que é parte integrante deste instrumento.

OPÇÃO TRANSPORTE AEROMÉDICO

Art. 1. Feita esta opção, a contratação e os valores estarão expressos na Proposta de Admissão.

Art. 2. Desde que contratada, faz parte do objeto do contrato o transporte aéreo, terrestre ou aéreo/terrestre, conforme o caso, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, de acordo com as condições expressas nos artigos seguintes.

Art. 3. Os serviços ora pactuados serão prestados por empresa credenciada pela **Unimed**.

Art. 4. A remoção do usuário será realizada nos casos de transferência de um recurso médico-hospitalar para outro que atenda o plano no qual o usuário esteja inscrito, dentro da área de abrangência geográfica contratada.

Art. 5. Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente ao Serviço Médico Central da empresa credenciada, exclusivamente pelo médico assistente que estiver atendendo ao usuário.

Art. 6. Para que se justifique a requisição desses serviços, é necessário que o usuário, tendo cumprido a **carência de 180 (cento e oitenta) dias** contada da data de inclusão, apresente pelo menos uma das seguintes condições clínicas:

1. traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
2. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
3. tratamento da face, que necessite cirurgia de reconstituição;
4. traumatismo ocular grave que possibilite perda de visão;
5. traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos;
6. embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
7. choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com mais recursos (ex.: balão intraórtico e cirurgia cardíaca);
8. cirurgia cardíaca;
9. pós operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
10. queimaduras elétricas, térmicas, químicas e com área corpórea afetada maior que 30%;
11. angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas;
12. discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal, e o paciente deva estar internado em centro de terapia intensiva;
13. aneurisma dissecante de aorta que necessite centro de terapia intensiva;
14. hipertensão associada a falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite centro de terapia intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada;
15. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
16. pancreatite aguda (critério de Ranon);
17. trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
18. asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
19. insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
20. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
21. hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
22. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
23. assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
24. politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local não houver condições para tal procedimento);
25. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
26. fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local de origem não houver condições técnicas;
27. traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local de origem não houver condições técnicas;
28. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento não houver condições técnicas;

29. intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
30. afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
31. amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
32. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;
33. picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira centro de terapia intensiva.

Art. 7. Se alguma das patologias acima for decorrente de tentativa de suicídio, o usuário não terá a cobertura deste Opcional e caso o atendimento ocorra, os custos decorrentes serão de responsabilidade do **Contratante**.

Art. 8. As aeronaves que a empresa credenciada colocar à disposição do usuário não terão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

Art. 9. Caberá à empresa credenciada definir o tipo de transporte que mandará utilizar em função de suas disponibilidades, do estado do usuário, da distância a ser percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas.

Art. 10. O transporte ora contratado somente se efetivará se a localidade de origem do paciente estiver situada a mais de 50 Km (cinquenta quilômetros) do hospital de destino.

Art. 11. Nenhuma responsabilidade civil ou criminal caberá à **Unimed** por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por usuários quando transportados pela empresa credenciada, que mantém seguro para cobertura de tais sinistros.

Art. 12. Por consequência da contratação deste Opcional fica alterado o preço pactuado que é acrescido da quantia descrita na Proposta de Admissão, por usuário inscrito.

Parágrafo Único - Os valores referentes a este opcional terão o mesmo critério de reajuste do contrato.

Art. 13. Permanecem em plena vigência os dispositivos do contrato não alterados por este Opcional.