

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES COM OBSTETRÍCIA**AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO****ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: ESTADUAL****CONDIÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS – AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO COLETIVA****REGISTRO NA ANS SOB Nº 403.632/99-8 – CONTRATO Nº _____****QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

Unimed Governador Valadares Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente UNIMED GV, inscrita no CNPJ nº 42.892.281/0001-84 e na ANS sob o n. 386588, com sede na Rua Dom Pedro II, 435, Centro, CEP: 35010-090, Governador Valadares, MG, Tel: (33)2101-2999, E-mail: vendas@unimedgv.coop.br, representada na forma de seu Estatuto Social.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: COOPERATIVA DE CRÉDITO DE LIVRE ADMISSÃO DO CENTRO NORDESTE MINEIRO LTDA.

NOME FANTASIA (SE HOVER): SICOOB CREDICENM

CNPJ Nº: 02.173.447/0001-98

INSC. ESTADUAL: ISENTO

ENDEREÇO: PRAÇA JK, 333

CIDADE: GUANHÃES

BAIRRO: CENTRO

CEP: 39740-000

UF: MG

E-mail _____ Tel.: **(33) 3421-2821** Fax: (____) _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

CPF Nº: _____ **RG:** _____ **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ UF: _____

E-mail _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Este plano é denominado comercialmente de AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 403.632/99-8.

TIPO DE CONTRATAÇÃO – COLETIVA POR ADESÃO

O presente plano de saúde é de contratação Coletivo Adesão, ou seja, é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial comercializada nesse instrumento contratual de plano de saúde Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados no Estado de Minas Gerais.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO - COLETIVA

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é COLETIVA, padrão enfermaria.

Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital, sem qualquer responsabilidade e interferência da UNIMED, visto que o plano é padrão enfermaria.

I ATRIBUTOS DO CONTRATO

a) O objeto deste contrato é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

b) O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Poderão se inscrever neste plano de saúde as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com os seguintes tipos de pessoas jurídicas:

- I. conselhos profissionais e entidades de classe, com o registro para o exercício da profissão;
- II. sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações;
- III. associações profissionais legalmente constituídas;
- IV. cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V. caixas de assistência e fundações de direito privado;
- VI. entidades previstas na Lei nº 7.395/1985, e na Lei nº 7.398/1985; e
- VII. outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas anteriormente, deverão ser autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através da Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - DIOPE.

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) os filhos de qualquer idade comprovadamente inválidos.

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

A CONTRATANTE no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.

A adesão ao plano das pessoas físicas que mantenham vínculo com a CONTRATANTE, e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura da proposta de adesão. Caberá a CONTRATANTE enviar para a UNIMED a relação dos titulares e dependentes a serem inscritos no plano.

Quaisquer alterações de dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CONTRATANTE repassar à UNIMED as informações respectivas.

A CONTRATANTE encaminhará à UNIMED, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão e cópia dos

documentos.

A CONTRATANTE se responsabiliza ainda a encaminhar para a UNIMED, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

- Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto ou adoção, desde que o beneficiário tenha cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo.

É assegurada a inclusão:

- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, ou da adoção, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo, desde que o beneficiário tenha cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo. Ultrapassado esse prazo será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência.

- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

O dependente 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 beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cobertura Contratada

A UNIMED cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

Nas coberturas assistenciais, a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento é obrigatória, caso haja indicação clínica.

O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada pela UNIMED e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente Contrato passará a

garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.

Cobertura Ambulatorial:

A cobertura Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes exigências:

- cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
- cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observando as Diretrizes de Utilização.
- a cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e critérios estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS;
- cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;
- cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o

controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

- cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

Cobertura Hospitalar

A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluindo:

- cobertura de hospital-dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente, quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:
 - a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
 - b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
 - c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
 - d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

Entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Está assegurado ainda:

- O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital

geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

- O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) do valor da despesa;

- O custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

- O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento);

- A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

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

- cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

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

- Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

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

- As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

- cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

- cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela UNIMED, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que assegurada similaridade com o material indicado; E

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a UNIMED, é garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.

- cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico, para acompanhantes de idosos a partir do 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

- cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

- Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico assistente, de acordo com o disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

- cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

- cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde
- c) procedimentos radioterápicos como definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

- Cobertura de Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

- Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela UNIMED é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital, sem qualquer responsabilidade e interferência da UNIMED.

- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente e para o acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais.

- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

- Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro;

- Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas

necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

- Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e será de acordo com as coberturas contratadas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

- Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da UNIMED.

- A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério incluindo:

- cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108/2005, ou outra que venha substituí-la;

- cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

- opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

- entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

- Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado-, conforme legislação vigente.

- Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este Capítulo, porém, estando a CONTRATANTE ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado no período das primeiras 12 (doze) horas, conforme estabelece o parágrafo único do artigo 4º da Resolução CONSU nº 13/98 (documento à disposição no site www.ans.gov.br).

IV EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos de cobertura do Plano:

I - 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 ANVISA.

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como 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 pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos de internações domiciliares;

VII - 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;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XII - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;

XIII - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos

de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XIV - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XV - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos;

XVI - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XVII - cirurgias para mudança de sexo;

XVIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XIX - 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 serviços não credenciadas a UNIMED, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XX - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXI - aplicação de vacinas;

XXII - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIV - todo e qualquer atendimento domiciliar, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXV - remoção domiciliar;

XXVI - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;

XXVII - tratamentos em SPA e casas sociais;

XXVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXIX - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
XXX - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

XXXI - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

V DURAÇÃO DO CONTRATO

A vigência mínima deste contrato é de 12 (doze) meses.

A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual.

Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

VI PERÍODOS DE CARÊNCIA

As carências são as seguintes:

24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
30 (trinta) dias para consultas e exames básicos;
90 (noventa) dias para exames especiais de diagnósticos, terapia e fisioterapia;
180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
180 (cento e oitenta) dias para o direito às internações decorrentes de transtornos psiquiátricos;
180 (cento e oitenta) dias para as demais internações,
300 (trezentos) dias para parto a termo.

Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato.

A cada aniversário deste contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

a) o beneficiário tenha se vinculado, a CONTRATANTE, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias da celebração deste contrato.

b) a proposta de adesão ao plano seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

Após o transcurso dos prazos definidos acima poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação.

A contagem do prazo de carência, para cada beneficiário, se dará a partir do seu ingresso.

VII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doença e Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.

O beneficiário deverá informar à UNIMED, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e/ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Ao ser declarado pelo beneficiário à existência de doença e lesão preexiste a Unimed oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

Instaurado o processo administrativo na ANS, a UNIMED não poderá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

O beneficiário 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 credenciados ou referenciados pela UNIMED, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão e da fraude às informações.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIMED oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

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

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente do beneficiário.

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

É vedada à UNIMED a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

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

Na instauração do processo administrativo na ANS, à UNIMED caberá o ônus da prova.

A UNIMED poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do

processo.

Após julgamento, e acolhida à alegação da UNIMED, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela UNIMED, e se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatória por parte da UNIMED a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

A cobertura de atendimentos nos casos de urgência e emergência deverá garantir:

- o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato (Art. 3º, § 2º da Res. CONSU Nº 13/98).
- nos planos de segmentação hospitalar com ou sem obstetrícia, é garantida a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, - quando o beneficiário estiver em cumprimento de carência ou nos casos dos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Art. 4º, da Res. CONSU Nº 13/98).
- o atendimento de urgência ou 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 (Art. 3º Res. CONSU Nº 13/98).
- o atendimento de urgência e emergência no decorrer dos períodos de carência e para os eventos relacionados à DLP com acordo de CPT deverá abranger cobertura igual ao da segmentação ambulatorial, ou seja, limitada até as primeiras 12 horas de atendimento.

Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior.

Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

A UNIMED garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de

recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes; e

III - quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

À UNIMED caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Quando não for possível a remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED desse ônus.

A UNIMED deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a UNIMED desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for comprovadamente possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano e das despesas efetuadas pelo associado com assistência à saúde, fora da área geográfica de cobertura, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA ou pelo Sistema Nacional UNIMED.

A solicitação do reembolso e envio da documentação deverá ser feita pelo beneficiário diretamente para a UNIMED, devendo para tanto apresentar à UNIMED toda a documentação que comprove os gastos com o respectivo atendimento no prazo de 1 (um) ano.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela UNIMED, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

IX MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para utilização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os

mecanismos de regulação adotados pela UNIMED, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

Este plano prevê a cobrança de coparticipação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à UNIMED, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento dos valores de coparticipações que serão cobradas juntamente com o boleto da contraprestação mensal, quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.

Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento das coparticipações que serão cobradas juntamente com a mensalidade, correspondente a **30%** dos exames e procedimentos ambulatoriais em conformidade com a Tabela de Referência da CONTRATADA.

Nas internações psiquiátricas a coparticipação será de 30% observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época do evento, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação não cumulativos, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

Para as internações causadas por intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, a coparticipação de 30% ocorrerá quando a internação ultrapassar o prazo de 16 (dezesesseis) dias não cumulativos, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

Cartão de Identificação

A UNIMED fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive, prazo de validade e indicação de CPT, o que assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo, sempre que necessário, a UNIMED adotar novo sistema operacional para melhor atendimento.

É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades a UNIMED, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato.

Considerar-se-á uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste contrato, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam sua condição de beneficiário por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, identificado pela UNIMED, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e

suas conseqüências.

Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o beneficiário titular deverá comunicar o fato à UNIMED, por escrito, para cancelamento, ou quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela UNIMED.

A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à UNIMED, inclusive no que se refere aos dados constantes na Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

A CONTRATANTE, mediante informação recebida do beneficiário titular, deverá notificar a UNIMED sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

Somente terão direito aos serviços ora contratados os beneficiários regularmente inscritos na UNIMED.

Caberá a CONTRATANTE a responsabilidade de solicitar a suspensão e/ou exclusão de beneficiários.

A Unimed somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, à exceção dos demitidos e aposentados.

A UNIMED assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados e serviços credenciados, pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se no Guia Médico.

Será distribuído ao beneficiário o Guia Médico, com a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação das Unimeds que, igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da Unimed na Internet: www.unimedgv.com.br.

Os serviços previstos neste Contrato poderão ser realizados por todas as UNIMEDS localizadas na área geográfica de abrangência do plano ora contratado, pelo sistema de intercâmbio UNIMED.

As consultas deverão ser realizadas em consultórios de profissionais escolhidos pelo beneficiário, constante do Guia Médico.

Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos os demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela UNIMED através da rede própria ou contratada, constante do Guia Médico, por intermédio da solicitação do médico assistente, devidamente habilitado não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.

A UNIMED assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, exames auxiliares de apoio/diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato,

especificadas a seguir:

- consultas e sessões: serão realizadas nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos pelo beneficiário dentro a rede de prestadores ou serviço próprio.
- atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados;
- exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciados, mediante solicitação;

O beneficiário deverá requerer à UNIMED a emissão da autorização prévia para efetivação dos procedimentos, e de todos os atendimentos eletivos, ambulatoriais e hospitalares.

A autorização prévia será obtida na sede da UNIMED, conforme seu cartão de identificação/Unimed, ou por meio do sistema de autorização on-line da UNIMED. A emissão da resposta à solicitação de autorização do procedimento, será emitida pela UNIMED no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação.

Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a UNIMED, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A UNIMED emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da UNIMED não se responsabilizar por quaisquer despesas.

O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela UNIMED.

O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a UNIMED fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

A UNIMED não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustados particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

A UNIMED reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.

A UNIMED reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art.17 da Lei 9656/98.

É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED durante período de internação do beneficiário, o hospital obriga-se a manter a internação e a UNIMED, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico.

Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a UNIMED arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e a CONTRATANTE.

X FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O Plano contratado será custeado em regime de preço preestabelecido.

Por ser um plano coletivo por adesão o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, junto a UNIMED.

O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED os valores relacionados na Proposta de Admissão, por cada beneficiário, para efeito de inscrição, mensalidade e coparticipação, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.

As faturas emitidas pela UNIMED serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE.

Para cobrança do valor de mensalidade e valores de coparticipação, inclusive em virtude de internação psiquiátrica a UNIMED enviará, a CONTRATANTE, fatura/nota fiscal com a cobrança, ficando reservado o direito da UNIMED adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

As mensalidades e demais valores constantes neste contrato serão pagas nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, nota fiscal, conforme o caso, e, de acordo com a proposta de admissão.

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

O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

XI REAJUSTE

Considera-se reajuste qualquer variação na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

O valor das mensalidades e coparticipações será reajustado anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, de acordo com a variação positiva do IGPM (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda do período, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da UNIMED.

Se houver necessidade de aplicação de reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

Haverá agrupamento dos contratos que, no mês de aniversário, for apurado que a quantidade de beneficiários vinculados ao plano é menor que 30 participantes.

Este agrupamento tem por finalidade promover a distribuição do risco inerente à operação de cada um destes contratos, para todo o grupo determinado.

Para fins de cálculo do reajuste, será considerada a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do agrupamento, e a meta da sinistralidade estabelecida em 75%.

Os reajustes serão comunicados à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

O valor relativo à taxa de inscrição será reajustado pelo índice obtido para reajuste das

mensalidades.

Não haverá aplicação de percentuais de reajustes diferenciados para beneficiários vinculados a este plano/contrato. Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação sobre este contrato.

XII FAIXAS ETÁRIAS

A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária de cada beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixas Etárias	Percentual
1ª - de 0 até 18 (dezoito)anos;	0%
2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;	31,79%
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito anos de idade);	28,51%
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;	9,70%
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos de idade;	4,10%
6ª- de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três)anos de idade;	12,80%
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;	8,79%
8ª- de 49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;	42,60%
9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;	10,20%
10ª- de 59(cinquenta e nove) anos ou mais.	35,90%

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual do contrato.

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;

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.

A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário, desta forma os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

XIII CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Caberá a CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

A UNIMED somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem

anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- fraude comprovada;
- por perda dos vínculos do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência.

Cessarão as coberturas do Plano para o beneficiário titular:

- Quando a CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- Quando perder o vínculo com a CONTRATANTE;
- Quando vier a falecer, após a comunicação do fato à UNIMED pela CONTRATANTE;
- Por fraude ao plano.

Cessarão as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- Quando a CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- Quando o beneficiário titular for excluído do plano;
- Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- Por fraude ao plano

O beneficiário perderá a condição de titular, sendo excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a CONTRATANTE.

A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

XIV RESCISÃO

Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Antes do término do prazo mínimo de 12(doze) meses de vigência do contrato é facultado a CONTRATANTE denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada na UNIMED, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades devidas, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, e que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito da UNIMED de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima

especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, implica a suspensão ou rescisão da cobertura assistencial a critério da UNIMED.

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, antes de 12 meses, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 60 (sessenta) dias, com notificação a CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da UNIMED de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- c) descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato
- d) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação UNIMED.

A UNIMED reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da UNIMED.

XV DISPOSIÇÕES GERAIS

Toda movimentação do plano, deverá ser solicitada à UNIMED com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

EXAMES BÁSICOS de diagnóstico: (a) análises clínicas; (b) citopatologia; (c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; (d) eletrocardiograma convencional; (e) eletroencefalograma convencional; (f) endoscopia diagnóstica; (g) exames radiológicos; (h) exames e testes alergológicos; (i) exames e testes oftalmológicos; (j) exames e testes otorrinolaringológicos; (l) teste ergométrico.

HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: hospital pertencente ao Sistema UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela UNIMED.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

A CONTRATANTE autoriza a UNIMED a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Fazem parte deste contrato os documentos entregues a CONTRATANTE, incluído: proposta de admissão, declaração de saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS poderá ser consultado por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

XVI ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio da CONTRATANTE para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Governador Valadares, _____ de _____ de _____

UNIMED GOVERNADOR VALADARES

CONTRATANTE

Testemunhas
