

DADOS DO CONTRATANTE	CODIGO	RAZÃO SOCIAL				
	5034	ASSOCIAÇÃO DE DOCENTES DA UNIN - FEDERAL DE GOIÁS				
	NOME DE FANTASIA	CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	REGISTRO NA JUCEG		
	ADUG	0272165200140				
	ENDEREÇO	BAIRRO				
	NOVA AVENIDA N° 133 QD 4 LT 3	VILA NOVA				
CIDADE	UF	CEP	DDD	TELEFONE	RAMAL	
GOIÂNIA	GO	74045000	602	2614142		
FAX	ENDEREÇO ELETRÔNICO					

DADOS DA CONTRATADA	RAZÃO SOCIAL					
	UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					
	CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	REGISTRO NA JUCEG	SUSEP P. N°	CRM
	02.476.067/0001-22	ISENTO	028546-3	52.40000826-5	38287	232
	ENDEREÇO			BAIRRO		
PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA N° 650 (T-7 ESQ. C/T-1)			SETOR BUENO			
CIDADE	UF	CEP	DDD	TELEFONE		
GOIÂNIA	GO	74.210 - 250	062	216-8000		

DADOS DO PLANO	TIPO DO PLANO CONTRATADO						
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRICIA						
	DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA	VIGÊNCIA (EM MESES)	VENCIMENTO DA FATURA	N° DE DIAS COBRANÇA DO PRÓ-RATA	CO-PARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA	VALOR MÁXIMO DE CO-PARTICIPAÇÃO	VALOR DO SEGURO CONTRATADO
	10/03/2000	12	30	30			
ACOMODADO	AUTORIZA CÁLCULO DO AGRAVO	COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA/AGRAVO (em meses)	% DE PARTICIPAÇÃO DA EMPRESA NO PLANO	N° DE FUNCIONÁRIOS NA EMPRESA	N° DE FUNCIONÁRIOS NA ADESAO INICIAL (TITULARES)		
<input checked="" type="checkbox"/> COLETIVA <input type="checkbox"/> PRIVATIVA	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	24					

QUALIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE	NOME				CARGO	
	REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR/UF	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	
		1		1/1		
	NOME				CARGO	
REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR/UF	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE		
	1		1/1			

Goiânia, 10 de Janeiro de 2000.

Vendedor **EDIMAR**

CLÁUSULA - DO OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação dos serviços de saúde suplementar previstos na Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, em conformidade com as resoluções do CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar e CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados observadas as Condições Gerais e segmentos, que são parte integrante do mesmo.

1.2 - A **CONTRATADA**, representando os médicos cooperados e as instituições por eles contratadas e conveniadas, obriga-se a prestar toda assistência à saúde aos diretores e empregados do **CONTRATANTE** e seus respectivos dependentes e agregados. Assistência essa a ser prestada em toda **área de ação** da UNIMED GOIÂNIA, e nas demais cooperativas UNIMED do País, respeitadas as condições contratadas.

1.2.1 - A área de ação da **CONTRATADA** compreende os seguintes municípios: GOIÂNIA, ABADIA DE GOIÁS, ANICUNS, APARECIDA DE GOIÂNIA, ARAÇU, AVELINÓPOLIS, BELA VISTA DE GOIÁS, BONFINÓPOLIS, BRAZABRANTES, CALDAZINHA, CAMPESTRE, CATURAI, CESARINA, GOIANIRA, GUAPO, HIDROLÂNDIA, INHUMAS, ITAUÇU, LEOPOLDO DE BULHÕES, NAZÁRIO, NERÓPOLIS, NOVA VENEZA, PETROLINA DE GOIÁS, SANTA BÁRBARA DE GOIÁS, SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS, SENADOR CANEDO, TEREZÓPOLIS DE GOIÁS, TRINDADE E VARJÃO.

1.3 - O PLANO EMPRESARIAL SEGMENTADO UNIMED GOIÂNIA é um plano de saúde suplementar coletivo, composto pelos seguintes segmentos: atendimento ambulatorial, internação hospitalar e atendimento obstétrico, conforme previsto na lei 9.656/98.

2.1 - A cobertura e assistência suplementar à saúde deste contrato é exclusiva à população delimitada e vinculada ao CONTRATANTE.

2.2 - A participação é automática a partir da data da contratação do plano ou no ato da vinculação à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o item anterior.

3.1 - Para cada usuário será cobrado mensalmente valor definido conforme a faixa de idade que se encontre ou venha a atingir no decorrer do contrato e a opção de acomodação contratada, observando-se o disposto no contrato e nas condições gerais.

3.2 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

3.2.1 - As faixas etárias para cálculo e definição dos valores das contraprestações pecuniárias deste plano, são as seguintes:

FAIXAS	FAIXA I	FAIXA II	FAIXA III	FAIXA IV	FAIXA V	FAIXA VI	FAIXA VII
IDADE EM ANOS	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	≥ 70
ACOMODAÇÃO COLETIVA	51,36	64,20	76,85	89,91	123,16	200,07	264,61
ACOMODAÇÃO PRIVATIVA	59,74	74,08	89,39	116,21	152,37	249,10	324,12

3.2.2 - Ocorrendo mudança de faixa etária definida no item acima, em razão do aniversário do usuário titular e/ou dependente e/ou agregado, ensejará alteração e majoração da contraprestação pecuniária, passando para a faixa imediatamente a seguir, sendo que o percentual de variação nas faixas etárias é o que segue:

Da FAIXA I para a FAIXA II	Da FAIXA II para a FAIXA III	Da FAIXA III para a FAIXA IV	Da FAIXA IV para a FAIXA V	Da FAIXA V para a FAIXA VI	Da FAIXA VI para a FAIXA VII
25%	13,71%	30%	27,76%	64,56%	27,48%

4.1 - O atendimento de que trata este contrato será prestado após o cumprimento dos seguintes prazos de carência, de acordo com a cobertura contratada e quantidade de participantes inscritos na adesão inicial:

SEGMENTO AMBULATORIAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CARÊNCIA (EM DIAS)	
	CONTRATO C/ MENOS DE 50 PARTICIPANTES <input type="checkbox"/>	CARÊNCIA DIFERENCIADA <input type="checkbox"/>
CONSULTAS MÉDICAS E TODOS OUTROS SERVIÇOS NÃO RELACIONADOS NESTA TABELA	030	
HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONIAL/CAPD	180	
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	180	
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS, DIGESTIVOS, RESPIRATÓRIOS E PROCTOLÓGICOS	180	
RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	180	
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA	180	
FISIOTERAPIA	180	

CLAUSULA IV - DAS CARENCIAS

SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CARÊNCIA (EM DIAS)	
	CONTRATO C/ MENOS DE 50 PARTICIPANTES <input type="checkbox"/>	CARÊNCIA DIFERENCIADA <input type="checkbox"/>
TODOS OS OUTROS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA	030	
PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA	180	
TRANSPLANTES DE RINS E CÓRNEAS	180	
HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONIAL/CAPD	180	
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	180	
EMBOLIZAÇÃO E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	180	
LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA E TRATAMENTOS POR ONDAS DE CHOQUE	180	
PARTOS A TERMO	300	

4.2 - Para os contratos com menos de 50 (cinquenta) usuários, será observada carência de 24 horas para a cobertura ambulatorial nos casos de emergência e para o atendimento a acidente pessoal.

4.3 - Inicia-se a contagem do prazo de carência a partir da inclusão do usuário (titular, dependente ou agregado) no contrato.

4.4 - Serão garantidas as inclusões neste plano **com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular**, observando o prazo máximo de 30 (trinta) dias e o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do evento que confere o direito da inclusão (nascimento, adoção, casamento), **EXCLUSIVAMENTE** para:

- a) O recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular;
- b) O filho adotivo, menor de doze anos de idade;
- c) O cônjuge recém-casado com o usuário titular.

CLAUSULA V - DO PRAZO CONTRATUAL E VIGÊNCIA

5.1 - O presente contrato tem sua vigência inicial na data de sua assinatura, pelo **CONTRATANTE**.

5.1.1 - O prazo inicial da vigência do mesmo é de no mínimo 12 (doze) meses, prorrogando-se por prazo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes.

5.2 - O período de vigência será definido neste contrato, quando da assinatura do mesmo, observado o prazo mínimo estabelecido no item anterior.

CLAUSULA VI - DA RESCISÃO

6.1 - Cabe à **CONTRATADA** o direito de cancelamento quando de dolo ou fraude comprovada.

6.2 - Na vigência por prazo indeterminado, o **CONTRATANTE** poderá cancelar este contrato, mediante comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência.

6.2.1 - O **CONTRATANTE** poderá ainda requerer o cancelamento dentro do prazo de vigência inicial definido neste contrato, desde que esteja em dia com as suas obrigações financeiras advindas deste contrato, e acate o pagamento do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato.

6.2.2 - A inadimplência superior a 30 (trinta) dias poderá provocar o cancelamento deste contrato, após a notificação, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as conseqüências da mora e após a suspensão total dos atendimentos.

7.1 - O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais que a tal obriguem.

7.2 - Fica definido como foro o município sede do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

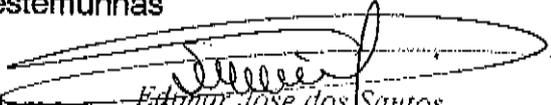
E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente contrato, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

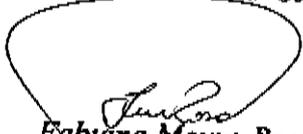
Goiânia, 30 de JANEIRO de 2000.


CONTRATANTE


CONTRATADA
Dr. Geraldo Silva Queiroz
Diretor Financeiro
unimed - Goiânia

Testemunhas


Nome: Edmar José dos Santos
CPF: 539.510.401-00
Ci. 3 156 421-1 676 849-SSP/GO


Nome: Fabiana Moura Rosa
CPF: 467.752.501-34
Ci. 1.685.194-SSP/GO

ÍNDICE

CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES	3
CLÁUSULA II - DA FORMA DE CONTRATAÇÃO	7
2.1 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 PARTICIPANTES	7
• 2.1.2 - FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE	7
• 2.1.3 - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.....	7
• 2.1.4 - DO AGRAVO	8
2.2 - DOS PLANOS COM 50 PARTICIPANTES OU MAIS.....	8
CLÁUSULA III - DOS USUÁRIOS	8
3.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS	8
3.3 - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS.....	9
CLÁUSULA IV - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APOSENTADO	10
CLÁUSULA V - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO	11
CLÁUSULA VI - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS	12
CLÁUSULA VII - DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	13
CLÁUSULA VIII - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	13
CLÁUSULA IX - DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E PAGAMENTO AOS PRESTADORES	14
CLÁUSULA X - DO CUSTO OPERACIONAL	14
CLÁUSULA XI - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA	15

11.3 - DA CO-PARTICIPAÇÃO	16
11.4 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO	16
11.5 - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E SEUS INSUMOS	17
11.6 - DA COBRANÇA E DOS PAGAMENTOS	17
CLÁUSULA XII - DO REEMBOLSO	18
CLÁUSULA XIII - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL	19
CLÁUSULA XIV - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA.....	21



**CONDIÇÕES GERAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE SUPLEMENTAR
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL
ATENDIMENTO NACIONAL
UNIBRASIL EMPRESA**

A UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica do direito privado com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.476.067/0001-22, no CRM sob n.º 232 e na SUSEP sob n.º P. 38287, aqui denominada CONTRATADA, tem por objeto a prestação de serviços de saúde suplementar conforme enumeradas nestas Condições Gerais.

CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES

1.1 - Para os efeitos de direitos e deveres advindos do contrato e plano de saúde, são adotadas as seguintes definições:

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do CONTRATANTE e associados de um mesmo plano de assistência à saúde.

CONTRATADA: a UNIMED GOIÂNIA, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora contratado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a **pessoa jurídica** que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados.

CONTRATO: é o documento validado pelas partes contratantes e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção contratada pela empresa CONTRATANTE, firmando as condições gerais apresentadas.

SEGMENTO(S): apêndice do contrato e condições gerais, onde estão especificadas as suas respectivas particularidades, tais como: coberturas, não coberturas, carências, etc. Pode ser ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia ou hospitalar com obstetrícia.

1.2 - Também são assim definidos:

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.

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do usuário em suas atividades profissionais.

AGRAVO: qualquer acréscimo em percentual ou múltiplo no valor da mensalidade paga à operadora do plano de saúde, com o fim de obter direito ao atendimento às doenças preexistentes ao contrato.

AMBULATÓRIO: estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório.

ATENDIMENTO HOSPITALAR: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

BENEFICIÁRIO: a pessoa designada a obter o benefício contratado.

CÁLCULO ATUARIAL: para elaboração do chamado cálculo atuarial, são considerados os eventos, a sua frequência, a faixa etária, a distribuição por sexo, a expectativa de vida da população, utilizando tábuas biométricas, dados estatísticos recentes com as suas variações aleatórias, os custos dos serviços, os encargos incidentes, as tabelas de remuneração e as margens de segurança.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual o usuário não tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação, etc.).

CO-PARTICIPAÇÃO: valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas por serviços prestados aos usuários.

COBERTURAS: compreendem o denominado Rol de Procedimentos, definidos em cláusulas contratadas, a que os usuários têm direito ao atendimento e aos serviços.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos relacionados à lesões ou doenças preexistentes ao contrato e em que a condição da assistência em atendimento ambulatorial é garantida para urgência e/ou emergência.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições de saúde da pessoa. Compreende ato médico completo, incluindo retorno, avaliação de exames complementares e tratamento.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP): é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por

ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado dos serviços de assistência à saúde excluídos ou em período de carência, cujo valor é aferido através da TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES.

DOENÇA: falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indireta por suas conseqüências, de que o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho.

ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência e/ou emergência.

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

EVENTO: é todo dano à saúde, por processo mórbido ou em decorrência de acidente de qualquer natureza. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva.

EXAME COMPLEMENTAR: é o procedimento solicitado pelo médico assistente que possibilita uma investigação e elucidação de diagnóstico, ou para melhor avaliar as condições clínicas durante e após o tratamento.

GARANTIA FUNERAL: seguro adicional, expresso em apólice assinada entre a Operadora UNIMED GOIÂNIA e a UNIMED SEGURADORA garantindo despesas de funeral até a importância definida na mesma apólice.

GRUPO FAMILIAR: compreende todos os integrantes de um mesmo contrato familiar, ou seja, o titular, seus dependentes e agregados.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: dá-se quando o usuário é admitido em hospital, para ser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativa de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas contratadas. Equivale à contraprestação pecuniária.

ÓRTESE: acessório auxiliar de função ou membro, por vezes usados em procedimentos cirúrgicos.

PATOLOGIA: estudo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

PARTICIPANTE: o titular que inscrito no plano de saúde pode incluir outros beneficiários seus familiares definidos no contrato.

PLANO: conjunto de garantias e condições cobertas referentes aos atendimentos à saúde mediante contrato firmado entre Operadora e o CONTRATANTE.

PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência e/ou emergência.

PROCEDIMENTO: ato ou efeito de proceder. Para fins e efeitos do plano contratado, trata-se de formas ou meios de atendimento para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do usuário, quando da ocorrência de evento mórbido.

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

ROL DE PROCEDIMENTOS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento das pessoas, contidos e elencados nos anexos à resolução n.º 10, de 03 de novembro de 1998, do CONSU.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, além da rede própria da Cooperativa e dos médicos cooperados.

SINISTRALIDADE: ocorrência de dano, frequência em que acontecem os eventos objeto de seguro.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, vinculadas através de contrato particular, para a prestação de serviços aos usuários.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal voluntário ou não, bem como de complicação no processo gestacional.

VIGÊNCIA INICIAL: é o período a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina a vigência contratual, cujo prazo mínimo é de 12 (doze) meses.

VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO: é o período posterior ao da vigência inicial.

1.3 - Por convenção, adotou-se nestas condições gerais, no contrato e segmento(s), o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos(às) usuários(as).

CLÁUSULA II - DA FORMA DE CONTRATAÇÃO

2.1 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 PARTICIPANTES

2.1.1 - Nos contratos coletivos, com um número de inscrições menor do que 50 (cinquenta) participantes, haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes e a exigência do cumprimento das carências determinadas no contrato.

• 2.1.2 - FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

2.1.2.1- Os participantes deste se comprometem ao preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde para si e todo seu grupo familiar, **EXCETO** para as crianças nascidas de parto coberto contratualmente, que não terão qualquer restrição por alegação de doença ou lesão preexistente.

2.1.2.2 - O formulário de DECLARAÇÃO DE SAÚDE será preenchido em entrevista qualificada, na presença de médico disponibilizado para tal fim ou constante da lista de cooperados, devendo o usuário titular declarar todas as doenças do seu conhecimento prévio, em relação a ele próprio e a todos os integrantes de seu grupo familiar, na conformidade da lei.

2.1.2.3 - O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

2.1.2.4 - A critério exclusivo da CONTRATADA, esta poderá prescindir da Declaração de Saúde ou após a análise dessa, exigir exame médico e ou complementares prévios à admissão (EXAME PRÉ ADMISSIONAL), para confirmação ou exclusão de doenças preexistentes.

2.1.2.5 - Quando constatada a existência de lesão ou doenças, declaradas ou identificadas em exame pré-admissional, que possam necessitar de eventos cirúrgicos, uso de leito de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade para seu tratamento, será aplicada a cobertura parcial temporária ou, A PARTIR DE 03 DE DEZEMBRO DE 1999, o agravo do contrato.

• 2.1.3 - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

2.1.3.1 - As lesões ou doenças preexistentes terão **cobertura parcial temporária** por até 24 (vinte e quatro) meses contados da data de assinatura do contrato. Findo esse prazo a cobertura passará a ser integral, dentro das condições e coberturas contratadas.

2.1.3.2 - Quando caracterizadas como **urgência e/ou emergência**, as lesões ou doenças preexistentes terão cobertura nas primeiras 12 (doze) horas do atendimento, em todos os procedimentos do segmento ambulatorial e enquanto não necessitar de estrutura hospitalar.

2.1.3.2.1 - A partir do prazo citado no item acima, e havendo a necessidade de continuidade do tratamento, a responsabilidade financeira passa a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

2.1.3.3 - Cabe à operadora a obrigação de remoção terrestre para unidade de serviço do SUS para continuidade do atendimento.

2.1.3.4 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

• 2.1.4 - DO AGRAVO

2.1.4.1 - A PARTIR DE 03 DE DEZEMBRO DE 1999, o CONTRATANTE poderá fazer opção, ou não, pelo **AGRAVO** nos valores das contraprestações do(s) usuário(s), para que estes tenham direito à cobertura integral, correspondente ao(s) segmento(s) contratado(s), para as doenças ou lesões preexistentes.

2.1.4.1.1 - O índice de AGRAVO sofrerá variações de acordo com as informações fornecidas na entrevista qualificada ou no exame pré-admissional.

2.1.4.2 - O cálculo do índice de AGRAVO será informado ao CONTRATANTE, por correspondência com aviso de recepção (AR) ou outra forma de registro ou conhecimento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias.

2.1.4.3 - O CONTRATANTE deverá fazer a opção pelo AGRAVO até o 30º (trigésimo) dia da comunicação pela CONTRATADA.

2.1.4.4 - No decorrer do prazo da comunicação do índice de AGRAVO e sua efetiva aceitação, será garantida ao CONTRATANTE exclusivamente a cobertura parcial temporária.

2.1.4.5 - Feita a opção pelo AGRAVO, o CONTRATANTE se compromete ao cumprimento das obrigações financeiras decorrentes, por período determinado no contrato, o qual se iniciará a partir da sua assinatura.

2.1.4.6 - Para o atendimento à cobertura contratada relacionada às lesões ou doenças preexistentes quando da opção do AGRAVO, deverão ser observados os respectivos períodos de carência, conforme determinado no contrato.

2.2 - DOS PLANOS COM 50 PARTICIPANTES OU MAIS

2.2.1 - Nos contratos coletivos com um número de inscrições igual ou maior do que 50 (cinquenta) participantes, não haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes para os usuários inscritos, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

CLÁUSULA III - DOS USUÁRIOS

3.1 - São considerados usuários para fins da prestação dos serviços contratados, o participante como usuário titular e as pessoas por ele designadas como seus dependentes e agregados.

3.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS

3.2.1 - São DEPENDENTES do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- a) seu cônjuge, ou companheiro assim reconhecido legalmente, ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos;
- b) filhos solteiros e os indicados nos incisos II e III, artigo 5º do Código Civil ("Os loucos de todo gênero. Os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade");
- c) enteados solteiros do titular, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- d) menor sob guarda ou tutela judicial do titular.

3.2.2 - São AGREGADOS do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- a) pai / mãe;
- b) sogro / sogra.

3.3 - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS

3.3.1 - O número inicial de usuários (titular, dependentes e agregados) constará da relação de usuários fornecida pelo CONTRATANTE por meio magnético, através de disquete, ou através de planilhas fornecidas pela CONTRATADA, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

3.3.2 - O CONTRATANTE exibirá os documentos de comprovação da qualidade de dependentes e agregados de seus empregados.

3.3.3 - Os usuários inscritos no plano contratado farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições gerais e contratuais.

3.3.3.1 - Os usuários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação própria, após a movimentação cadastral.

3.3.4 - Serão asseguradas inclusões posteriores à assinatura do contrato, desde que ocorram no prazo máximo de 30 (trinta) dias e seja efetuado o pagamento da mensalidade a partir da data do evento que confere o direito à inclusão no contrato (nascimento, adoção, casamento), EXCLUSIVAMENTE para:

- a) recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular;
- b) filho adotivo do usuário titular, menor de doze anos;
- c) cônjuge recém-casado, o sogro e a sogra do usuário titular.

3.3.5 - Após a assinatura do contrato, serão admitidas, ainda, as inclusões de **novos dirigentes, sócios ou empregados** e seus respectivos dependentes e agregados, nas mesmas condições dos participantes inscritos inicialmente no plano contratado, desde que haja comunicação formal neste sentido, em até 90 (noventa) dias, contados da data que tenha gerado o direito de inclusão, **observado o período para a movimentação cadastral.**

3.3.6 - A **EXCLUSÃO** de usuário só será admitida depois de decorrido o prazo de vigência mínima obrigatória e tolerada nos casos de demissão do empregado participante, respeitado o direito de continuidade nos prazos definidos na lei.

3.3.7 - Toda exclusão de usuários deverá ser comunicada à **CONTRATADA**, através de meio magnético ou em impresso próprio fornecido pela mesma, obedecendo o

prazo de movimentação cadastral, obrigatoriamente acompanhado do cartão magnético de identificação, ou termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE.

3.3.7.1 - O prazo determinado para a movimentação cadastral compreende o período que antecede a data de pagamento da mensalidade, **tendo como limite o 15º (décimo quinto) dia antecedente à referida data.**

3.3.8 - Não poderá ser inscrito no plano contratado, o empregado, sócio ou diretor do CONTRATANTE que na data da assinatura do contrato, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

3.3.9 - O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do plano contratado, ressalvados os direitos da lei.

3.3.10 - A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes, bem como dos agregados, quando houver.

CLÁUSULA IV - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APOSENTADO

4.1 - Ao empregado participante que contribuiu para o plano contratado e foi demitido sem justa causa, é assegurada sua condição de usuário neste plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava enquanto empregado do CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento da sua respectiva contribuição.

4.1.1 - Por determinação legal, o período de manutenção da condição de usuário, será de um terço do tempo de permanência no plano, ou qualquer outro da UNIMED GOIÂNIA, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

4.2 - É assegurado ao participante usuário titular que se aposentar na vigência do plano contratado e que tenha prazo mínimo de 10 (dez) anos ininterruptos de contribuição em plano de saúde, o direito de permanência como usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava enquanto empregado do CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da sua respectiva contribuição.

4.3 - Ao participante que se aposentar e que sua contribuição para plano de saúde tenha sido inferior ao prazo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

4.4 - A manutenção dos benefícios de que trata os itens anteriores desta cláusula é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho do usuário titular, desde que haja manutenção do contrato entre empresa e operadora UNIMED GOIÂNIA.

4.5 - Em caso de morte do titular, ex-empregado ou aposentado do CONTRATANTE, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos por este plano, nos termos desta cláusula.

4.6 - Perderá o direito previsto nesta cláusula, o usuário titular, ex-empregado do CONTRATANTE, que for admitido em novo emprego.

4.7 - O direito que confere a lei cessa no momento que por qualquer razão cesse o contrato entre as partes.

4.8 - O titular, ex-empregado ou aposentado do CONTRATANTE, que não participar financeiramente do plano durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura estabelecida nesta cláusula.

4.9 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

4.10 - Para assegurar o seu direito de permanência no plano, o ex-empregado ou aposentado deve fazer esta opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento do CONTRATANTE, que deverá comunicá-lo formalmente desse direito no ato da rescisão do contrato de trabalho.

CLÁUSULA V - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

5.1 - A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE, e a cada titular, no ato da assinatura do contrato, GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, informando a relação dos seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

5.2 - Para os procedimentos ou eventos que não sejam a consulta médica, será sempre exigida a solicitação com a indicação clínica do serviço, emitida e assinada pelo médico cooperado assistente que realizou a consulta e/ou se responsabiliza pelo procedimento a executar. Estas solicitações serão todas em formulários próprios do Sistema Nacional UNIMED.

5.3 - Todo atendimento na rede UNIMED será feito mediante a apresentação do cartão magnético de identificação do usuário, emitido pela CONTRATADA, acompanhado do documento de identidade civil do usuário ou de seu responsável.

5.4 - A CONTRATADA 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.

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

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

5.6 - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar o fato imediatamente à CONTRATADA por telefone, para fins de cancelamento, e para a emissão de segunda via solicitar através de planilha ou disquete.

5.7 - Terão prioridade na marcação de consultas, exames e demais procedimentos cobertos pelo plano contratado, os seguintes usuários:

- a) os idosos, com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade;
- b) as gestantes e lactantes;
- c) crianças com até 5 (cinco) anos de idade.

CLÁUSULA VI - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

6.1 - Ficam EXCLUÍDOS da cobertura contratada, os serviços abaixo relacionados para qualquer tipo de segmento contratado:

- a) atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- b) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- c) *check-up*, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
- d) cirurgia de mamoplastia, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral.
- e) consultas domiciliares;
- f) consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura contratada ou do cumprimento das carências previstas;
- g) despesas decorrentes de serviços médico hospitalares prestados por médicos não cooperados do Sistema Nacional UNIMED ou entidades não credenciadas por esta, salvo quando da ocorrência de atendimentos de urgência e/ou emergência;
- h) exames-médicos para piscina, ginástica e outros que não sejam por cuidados com a saúde.;
- i) fornecimento de medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
- j) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- k) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- l) inseminação artificial, assim como a investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar, produzir ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, técnicas de fecundação e o controle de métodos anticoncepcionais;

- m) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- n) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, conforme portaria nº 24/94 - NR7 - do Ministério do Trabalho e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme portaria 25/94 - NR9 - MTB.
- o) serviços realizados em desacordo com as disposições do contrato, condições gerais e segmento(s) contratado(s);
- p) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- q) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- r) tratamento e atendimento médico-hospitalar realizados fora do país;
- s) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

CLÁUSULA VII - DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

7.1 - As coberturas descritas nestas condições gerais e celebradas no contrato serão prestadas pela CONTRATADA e pelas cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, conforme relação entregue ao CONTRATANTE e de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local.

7.2 - Para fins e efeitos destas condições gerais, a área de ação da UNIMED GOIÂNIA, compreende os seguintes municípios: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Abadia de Goiás, Anicuns, Araçú, Avelinópolis, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Brazabrantes, Caldazinha, Campestre, Caturai, Cesarina, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Itauçú, Leopoldo de Bulhões, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Terezópolis de Goiás, Trindade e Varjão.

CLÁUSULA VIII - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Nas situações de urgência e/ou emergência, conceituadas e definidas nestas condições gerais, é garantido o atendimento e coberturas, desde que utilizados os serviços da rede própria ou credenciada à alguma Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, ou à rede da Operadora Central Nacional Unimed.

8.1.1 - EXCLUEM-SE da garantia de atendimento referida no item anterior, os HOSPITAIS DE CATEGORIA DIFERENCIADA (hospitais de tabela própria) em que deverá ser observada a condição de reembolso.

8.2 - Ocorrendo a necessidade de atendimentos de urgência e/ou emergência em locais em que não haja serviços próprios ou credenciados Unimed, serão obedecidas as condições estabelecidas nestas condições gerais para REEMBOLSO.

8.3 - Quando dentro do período de carência para procedimentos ou internação hospitalar e/ou cobertura parcial temporária, ficarão sempre garantidos os atendimentos ambulatoriais nas condições de urgência e/ou emergência.

8.3.1 - Uma vez cumpridas as carências ou vencido o prazo de cobertura parcial, os procedimentos de urgência e/ou emergência, definidos na lei, terão garantida a cobertura dentro do previsto nestas condições gerais, contrato e segmento(s) adquirido(s).

8.4 - Fica claro que a responsabilidade financeira, quando ultrapassada a cobertura contratual, passa a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CLÁUSULA IX - DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E PAGAMENTO AOS PRESTADORES

9.1 - As mensalidades e os valores de serviços estabelecidos no contrato e prestados na área de ação da UNIMED GOIÂNIA, assim como os serviços na condição de reembolso, terão como base as tabelas abaixo relacionadas:

- a) HONORÁRIOS MÉDICOS - Tabela de Preços de Serviços UNIMED;
- b) SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA - Lista Referencial de Honorários dos Procedimentos Anestésicos - COOPANEST/GO;
- c) SERVIÇOS LABORATORIAIS E DE RADIOLOGIA E IMAGEM – Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira (LPM-AMB);
- d) AS TAXAS E DIÁRIAS HOSPITALARES serão cobradas pela Tabela da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG) definida em contrato com a UNIMED GOIÂNIA;
- e) OS MEDICAMENTOS terão como base de cobrança a Tabela de Brasíndice.

9.2 - As tabelas acima mencionadas, nas demais cláusulas e itens serão referidas pela denominação: TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES.

CLÁUSULA X - DO CUSTO OPERACIONAL

10.1 - Os usuários beneficiários deste plano terão direito a todos os serviços e procedimentos excluídos da cobertura contratada por pagamento das contraprestações mensais e prévias, desde que realizados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA, bem como das demais cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED.

10.2 - Os procedimentos realizados em Custo Operacional serão pagos integralmente pelo CONTRATANTE, da seguinte forma:

- a) quando utilizada a rede própria ou credenciada da área de ação da UNIMED GOIÂNIA, a cobrança será de acordo com as TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES;
- b) quando utilizados procedimentos realizados fora da área de ação da UNIMED GOIÂNIA, estes serão cobrados em conformidade com as tabelas praticadas na localidade da realização dos serviços e nos termos das normas de intercâmbio do Sistema Nacional Unimed.

10.3 - A responsabilidade financeira do procedimento em Custo operacional será assumida pelo CONTRATANTE ou, com sua interveniência, pelo usuário titular.

10.4 - É facultado ao usuário a utilização dos serviços na modalidade de Custo Operacional nos seguintes casos:

- I. durante o prazo de carência da cobertura contratual;
- II. para as lesões ou doenças preexistentes, durante o período da cobertura parcial temporária, quando for o caso;
- III. nos serviços excluídos específicos do segmento(s) contratado(s);
- IV. nos serviços do(s) segmento(s) não contratado(s);
- V. nos serviços excluídos abaixo relacionados:
 - a) atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
 - b) consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura contratada ou do cumprimento das carências previstas, desde que utilizados após a contratação do plano;
 - c) inseminação artificial, bem como investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar, produzir ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, técnicas de fecundação e o controle de métodos anticoncepcionais;
 - d) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

10.5 - Em hipótese nenhuma farão jus à modalidade de custo operacional, os procedimentos abaixo relacionados:

- a) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- b) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- c) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- d) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

CLÁUSULA XI - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA

11.1 - Os valores previstos contratualmente foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência esperada de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, eventuais valores e/ou percentuais de co-participação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico.

11.2 - Nos termos da lei, os valores das mensalidades, serão reajustado anualmente considerando-se os fatores abaixo relacionados, caso alterem o equilíbrio econômico e financeiro do plano:

- a) elevação de preços dos componentes do custo;
- b) ocorrência de utilização comprovada acima da média normal esperada;
- c) acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento.

11.3 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

11.3.1 - O CONTRATANTE poderá optar por uma co-participação, em percentual, nos valores das consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e nos procedimentos que sejam de tratamento referentes ao atendimento ambulatorial, anexo à resolução CONSU n.º 10 de 03 de novembro de 1998.

11.3.2 - Quando solicitado pelo médico assistente, procedimento complementar de diagnóstico ou acompanhamento, mesmo quando realizado em regime de hospitalização, estará sujeito a co-participação.

11.3.3 - A opção pela co-participação nos serviços médicos e hospitalares, seus valores e limite máximo estão definidos no CONTRATO.

11.4 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

11.4.1 - O usuário (titular, dependente ou agregado) com um tempo igual ou superior a 10 (dez) anos de plano ininterruptos, atual ou antecessores na UNIMED GOIÂNIA, e idade superior a 60 (sessenta) anos, não terá majoração por faixa etária em sua mensalidade, permanecendo com seu valor "per capita" correspondente ao da idade de 60 a 69 (FAIXA VI).

11.4.2 - Todos os valores nas respectivas faixas etárias deste plano, descritas no contrato, terão atualização das mensalidades dentro dos limites dos índices autorizados para o setor.

11.4.2.1 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária são expressos em percentuais e incidirão sobre a importância da faixa etária anterior, independentemente dos reajustamentos.

11.4.3 - A data de assinatura do contrato é considerada DATA BASE para a aplicação das atualizações, revisões e alterações dos valores das contraprestações ou mensalidades ao fim de cada 12 (doze) meses, exceto quando se tratar das previstas nas faixas etárias, que se darão no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

11.4.4 - O aumento da sinistralidade no plano, a majoração dos custos dos insumos, poderão ensejar reajustes técnicos ou financeiros por parte da CONTRATADA, sempre com aprovação e autorização pela SUSEP.

11.4.5 - Os desvios verificados na frequência esperada de utilização dos serviços ou a redução significativa da massa de participantes, poderão ensejar, a qualquer tempo, a adoção de medidas de moderação de uso, a implantação ou acréscimo no índice de co-participação, desde que o equilíbrio do plano esteja comprometido, mediante acordo entre as partes.

11.5 - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E SEUS INSUMOS.

11.5.1 - O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula: REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (SINISTRALIDADE DA MASSA DE USUÁRIOS).

11.5.2 - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

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

11.5.3 - Compõem as despesas administrativas:

- a) salários;
- b) outras despesas.

11.6 - DA COBRANÇA E DOS PAGAMENTOS

11.6.1 - Juntamente com os valores das parcelas mensais das contraprestações pecuniárias do plano, serão cobrados os valores da co-participação previstos nestas condições gerais e firmados no contrato.

11.6.1.1 - As cobranças da co-participação serão feitas num período de até cento e vinte (120) dias quando da utilização dos serviços pelo CONTRATANTE titular, dependentes ou agregados, no âmbito da área de ação da UNIMED GOIÂNIA.

11.6.1.2 - Este prazo para as cobranças, quando o atendimento for realizado noutra unidade da Federação será de até 210 (duzentos e dez) dias.

11.6.2 - Os eventuais valores relativos à co-participação e ao custo operacional serão pagos até seus respectivos vencimentos, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

11.6.3 - A mensalidade, definida no contrato, deve ser quitada até a data do seu vencimento, que se dará na data estabelecida no contrato, em banco ou na sede da CONTRATADA.

11.6.4 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED GOIÂNIA para que não se sujeite às conseqüências da mora.

11.6.4.1 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizado o seu endereço junto à CONTRATADA, para fins e efeitos destas condições gerais.

11.6.5 - Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias, da co-participação ou da utilização dos serviços na modalidade de custo operacional,

constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após o cancelamento do contrato e de responsabilidade do CONTRATANTE, mesmo aquelas geradas por participantes demitidos, aposentados e/ou seus dependentes e agregados.

11.6.6 - Quando a data do vencimento da mensalidade cair em dia em que não haja expediente bancário, esta data se transferirá automaticamente para o primeiro dia útil bancário subsequente.

11.6.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento das faturas, o CONTRATANTE pagará, quando a legislação permitir, atualização monetária e juros de mora, calculados diariamente, mais multa de 2% (dois por cento) após o vencimento, sendo este percentual aplicado sempre a cada mês de atraso.

11.6.8 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito.

CLÁUSULA XII - DO REEMBOLSO

12.1 - Em casos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, poderá ser solicitado pelo CONTRATANTE, conforme previsto nas condições gerais, o reembolso das despesas por serviços ou atendimentos às coberturas contratadas e pagas pelo mesmo.

12.2 - Para que se cumpra o disposto no item acima descrito, faz-se necessário a apresentação da documentação comprobatória da urgência e/ou emergência, pois, somente terá acolhida tal pretensão quando indiscutivelmente caracterizada a urgência e/ou emergência, dentro do conceituado na lei n.º 9.656/98 e nas resoluções CNSP e CONSU.

12.2.1 - Dos documentos deverão constar:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

12.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

12.4 - Os valores a serem reembolsados serão os das TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES da UNIMED GOIÂNIA, sendo que

primeiramente se deduzirão os montantes devidos pela co-participação financeira prevista no contrato.

12.4.1 - Quando o atendimento no âmbito nacional se der em HOSPITAIS DE CATEGORIA DIFERENCIADA (hospitais com tabela própria), credenciados ou não no Sistema UNIMED, os custos daí provenientes serão reembolsados ao CONTRATANTE de acordo com a TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES da UNIMED GOIÂNIA, e não daquelas praticadas pelo hospital em que se deu o atendimento.

12.5 - A CONTRATADA tem o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso aqui definido, contados a partir da entrega da documentação e da confirmação de que estão suficientes e satisfatórios. O cheque ou ordem de pagamento, em nome do CONTRATANTE, ficará à disposição do mesmo dentro daquele prazo.

12.6 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

CLÁUSULA XIII - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL

13.1 - Este benefício assegura a prestação do Serviço de Assistência e o pagamento ou reembolso de despesas relativas ao funeral aos usuários regularmente inscritos neste plano, de acordo com as Condições da Apólice do Seguro, em poder desta UNIMED, obedecidas as condições gerais que regem os seguros e as disposições desta cláusula.

13.2 - Somente será assegurada a cobertura desta cláusula se o usuário:

- a) estiver em perfeito estado de saúde, na data de sua inscrição;
- b) tiver idade inferior a 66 (sessenta e seis) anos, na data de sua inscrição;
- c) ter cumprido o prazo de permanência de 6 (seis) meses no plano, contados da data da sua inscrição.

13.3 - O capital segurado é definido no contrato, e será corrigido, anualmente, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que venha a substituí-lo.

13.4 - Caso o valor das despesas com o Serviço Funerário seja inferior ao capital segurado, a diferença será paga aos herdeiros legais do usuário titular.

13.5 - Fica preservado ao usuário titular o direito de alterar, a qualquer tempo, a relação dos beneficiários do contrato celebrado.

13.6 - Em caso de sinistro, deverão ser encaminhados à Seguradora os seguintes documentos:

13.6.1 - Do Segurado falecido:

- a) aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do documento de identidade.

13.6.2 - Para morte acidental, mais os seguintes:

- a) cópia do Boletim de Ocorrência;
- b) cópia do Laudo Cadavérico;
- c) cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver.

13.6.3 - Do(s) beneficiário(s):

- a) cônjuge: Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito) e cópia do documento de identidade;
- b) filhos: Certidão de Nascimento;
- c) pais: Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) convivente: prova dessa condição;
- e) incapazes: alvará judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou curatela.

13.7 - Poderão, ainda, ser solicitados quaisquer outros documentos que se façam necessários à liquidação do sinistro.

13.8 - O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão do seguro de que trata esta cláusula, enquanto perdurar a inadimplência.

13.9 - A indenização não será devida na hipótese do usuário titular, ou seu respectivo dependente, de alguma maneira, der causa ou contribuir para a ocorrência do falecimento, bem como os eventos cujas despesas decorram, direta ou indiretamente, de:

- a) 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;
- b) 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;
- c) radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação pela radioatividade ou resíduo de combustão de material nuclear e explosões nucleares;
- d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- e) competições com veículos, inclusive treinos preparatórios;
- f) quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;
- g) doenças preexistentes e conhecidas pelo usuário na época da contratação do seguro e acidentes ocorridos antes da contratação individual do seguro;
- h) aquisição de jazigo ou carneira;

- i) cremação, exceto quando disponível no local de falecimento do segurado ou de sua moradia habitual;
- j) exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do segurado.

13.10 - O presente seguro será coberto pela UNIMED Seguradora S/A, com sede na cidade de São Paulo - SP.

CLÁUSULA XIV - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

14.1 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes devidamente cadastrados no contrato 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.

14.1.1 - Quando se fizer necessária a internação hospitalar, desde que coberta no contrato original, esta será em acomodação coletiva, não importando o tipo contratado anteriormente.

14.1.2 - 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.

14.2 - O direito ao PEA (plano de extensão assistencial) será assegurado somente quando atendidas as seguintes condições:

- a) que os usuários dependentes sejam participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato há mais de 6 (seis) meses;
- b) que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito.

14.3 - Consideram-se usuários dependentes, os seguintes:

- a) cônjuge ou companheiro do titular;
- b) filhos e os equiparados aos filhos, solteiros e menores de 24 anos.

14.3.1 - O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil.

14.4 - O usuário dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do usuário 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 após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

14.5 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido nesta Cláusula, o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

14.6 - O benefício previsto nesta Cláusula fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

14.6.1 - Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos pela presente cláusula, ficam impedidos de gozar do benefício da Extensão Assistencial.

14.7 - Os Cartões de Identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

14.8 - O direito à Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, será assegurado EXCLUSIVAMENTE na área de abrangência da UNIMED GOIÂNIA.

IMPORTANTE

Documentos a serem providenciados **COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 7 (SETE) DIAS DA ASSINATURA DO CONTRATO**, para fins de cadastramento:

I. DO CONTRATANTE (PESSOA JURÍDICA), APRESENTAR CÓPIAS DE:

1. Contrato Social, e última alteração, quando for o caso;
2. C.N.P.J.;
3. Cadastro financeiro;
4. Inscrição Estadual;
5. Outros.

II. DOS PARTICIPANTES, SEUS DEPENDENTES E/OU AGREGADOS – apresentar listagem contendo os seguintes dados:

1. nome completo;
2. data de nascimento;
3. estado civil;
4. grau de parentesco - do(s) dependente(s) e/ou agregado(s) em relação ao titular;
5. sexo;
6. C.P.F.

ESTE SEGMENTO É ADICIONAL AOS SEGMENTOS HOSPITALARES, NÃO PODENDO SER CONTRATADO SEPARADAMENTE

CONTRATO Nº: _____

SEGMENTO AMBULATORIAL

CLÁUSULA I - DAS COBERTURAS

1.1 - O SEGMENTO AMBULATORIAL compreende EXCLUSIVAMENTE os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório constantes no Rol de Procedimentos Ambulatoriais, anexo à Resolução Nº 10 editada pelo CONSU, não incluindo internação hospitalar.

1.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste segmento, a seguinte cobertura:

- a) atendimento de emergência em casos psiquiátricos, nas situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão);
- b) atendimentos de urgência e/ou emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;
- c) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- d) consultas médicas, inclusive de acompanhamento pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- f) hemoterapia ambulatorial;
- g) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação hospitalar;
- h) psicoterapia de crise, atendimento intensivo por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas e até um total de **12 (DOZE) SESSÕES POR USUÁRIO POR ANO DE CONTRATO**, não cumulativas;
- i) quimioterapia ambulatorial;
- j) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- k) remoção terrestre do paciente após realizados os atendimentos de urgência e/ou emergência, quando caracterizada a falta de recursos para a continuidade do atendimento ou pela necessidade de internação, dentro da abrangência geográfica contratada;
- l) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

- m) tratamento de queimadura, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, situado à Rua 9-B, nº 18, Setor Oeste – Goiânia-GO, e, nas demais localidades, nos serviços próprios e/ou credenciados do Sistema Nacional Unimed.

CLÁUSULA II - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

2.1 - Ficam EXCLUÍDOS, ainda, da cobertura contratada, os serviços abaixo relacionados:

- a) embolização e radiologia intervencionista;
- b) internações hospitalares, inclusive obstétricas;
- c) procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora dispensem internação, necessitam do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;
- d) serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI e similares;
- e) nutrição enteral e parenteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica;
- g) procedimentos que exijam anestesia diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- h) quimioterapia intratecal e as que demandem internação;
- i) radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- j) transplantes.

CLÁUSULA III – DO BÔNUS

3.1 - Após o período de 12 (doze) meses de contrato, será concedida uma bonificação para o grupo familiar (titular, dependente e agregado), cujo somatório referente à utilização da consulta médica neste período venha a ser menor do que o produto do número de seus integrantes multiplicado por 04 (quatro) consultas.

3.2 - A bonificação citada no item acima será uma dedução no valor da última mensalidade do ano contratual, e será efetuada na terceira mensalidade do ano subsequente ao aniversário do contrato, exclusivamente para os contratos em plena vigência e para aqueles com mais de 12 meses de adesão.

CONTRATO Nº:

SEGMENTO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

CLÁUSULA I - DAS COBERTURAS

1.1 - O SEGMENTO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA compreende EXCLUSIVAMENTE os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação e internações obstétricas.

1.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários quando em regime de internação e regularmente inscritos neste segmento, a seguinte cobertura:

- a) assistência nas doenças infecto-contagiosas;
- b) cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- c) despesas de acompanhante, no caso de pacientes internados menores de 18 (dezoito) anos;
- d) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) exames complementares indispensáveis para a elucidação diagnóstica e o controle da evolução da doença, durante o período de internação hospitalar;
- f) 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;
- g) internações em clínica psiquiátrica, para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise, limitadas a no máximo **30 (TRINTA) DIÁRIAS POR USUÁRIO NO ANO DE CONTRATO**, não cumulativas;
- h) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar;
- i) internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, EXCETO as obstétricas;
- j) remoção terrestre do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica contratada;
- k) toda e qualquer taxa de serviços hospitalares e de tratamento, incluindo materiais utilizados para os procedimentos previstos neste segmento;
- l) transplantes de rim e córnea e as despesas com os procedimentos com estes vinculados, tais como: as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, EXCETO medicação de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

- m) transplantes de rim e córnea provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, 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;
- n) tratamento de queimadura, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, situado à Rua 9-B, nº 18, Setor Oeste – Goiânia-GO, e, nas demais localidades, nos serviços próprios e/ou credenciados do Sistema Nacional Unimed.

1.3 - Serão cobertos, ainda por este segmento, os procedimentos abaixo relacionados considerados especiais e de continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de rim e córnea, EXCETO medicação de manutenção;
- b) embolizações e radiologia intervencionista;
- c) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- d) fisioterapia;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- f) hemoterapia;
- g) nutrição parenteral ou enteral;
- h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- i) quimioterapia;
- j) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia.

CLÁUSULA II – DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.1 - DO TIPO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR

2.1.1 - O CONTRATANTE poderá optar pelo tipo de acomodação a ser utilizada nas internações hospitalares, podendo ser a ACOMODAÇÃO COLETIVA (enfermaria) ou a ACOMODAÇÃO PRIVATIVA (apartamento Standard), conforme classificação da AHEG - Associação dos Hospitais do Estado de Goiás.

2.1.2 - Para o tipo de acomodação optada, serão determinados valores diferenciados na contraprestação pecuniária (mensalidade) do usuário, conforme consta na tabela integrante do CONTRATO.

2.1.3 - É possível a migração do grupo familiar de um tipo de acomodação para outro, observando as seguintes condições:

- a) para utilização de acomodação privativa, o grupo familiar terá que cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias;

b) a migração para a acomodação coletiva também será possível, desde que após a última alta hospitalar o grupo familiar tenha permanecido por outros 180 (cento e oitenta) dias contribuindo no plano privativo.

2.1.4 - O usuário com direito a acomodação coletiva poderá optar por acomodação superior a que tem direito, desde que o CONTRATANTE o autorize expressamente e acate a cobrança na modalidade de Custo Operacional referente à diferença dos custos advindos da acomodação privativa.

~~2.1.5 -~~ A diferença de custos inclui valores de honorários profissionais, de diárias e serviços. Não há diferença de material e medicamentos utilizados, desde que nacionais.

2.1.6 - Aos usuários menores de 18 (dezoito) anos será garantida a cobertura para as despesas com acompanhante em casos de internação hospitalar.

2.1.7 - As despesas do acompanhante do menor referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno.

2.1.8 - Esta cobertura a que se refere o item anterior não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva pelo menor.

2.2 - DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.2.1 - O prazo de internação, fixado e autorizado pela UNIMED GOIÂNIA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

2.2.2 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED GOIÂNIA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

2.2.3 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao usuário o acesso à acomodação superior disponível no momento, independente do tipo daquela contratada, retornando à de seu direito logo que fique disponível.

CLÁUSULA III - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

3.1. - Ficam EXCLUÍDOS, também, da cobertura contratada neste segmento, os serviços abaixo relacionados:

- a) assistência ao parto normal ou cesárea;
- b) assistência nos abortamentos, ainda que espontâneos ou constante das hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal;
- c) consultas ambulatoriais e domiciliares;
- d) despesas decorrentes de curetagem pós-aborto e laqueadura de trompas;
- e) fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;
- f) procedimentos relativos ao pré-natal;

b) a migração para a acomodação coletiva também será possível, desde que após a última alta hospitalar o grupo familiar tenha permanecido por outros 180 (cento e oitenta) dias contribuindo no plano privativo.

2.1.4 - O usuário com direito a acomodação coletiva poderá optar por acomodação superior a que tem direito, desde que o CONTRATANTE o autorize expressamente e acate a cobrança na modalidade de Custo Operacional referente à diferença dos custos advindos da acomodação privativa.

2.1.5 - A diferença de custos inclui valores de honorários profissionais, de diárias e serviços. Não há diferença de material e medicamentos utilizados, desde que nacionais.

2.1.6 - Aos usuários menores de 18 (dezoito) anos será garantida a cobertura para as despesas com acompanhante em casos de internação hospitalar.

2.1.7 - As despesas do acompanhante do menor referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno.

2.1.8 - Esta cobertura a que se refere o item anterior não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva pelo menor.

2.2 - DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.2.1 - O prazo de internação, fixado e autorizado pela UNIMED GOIÂNIA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

2.2.2 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED GOIÂNIA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

2.2.3 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao usuário o acesso à acomodação superior disponível no momento, independente do tipo daquela contratada, retornando à de seu direito logo que fique disponível.

CLÁUSULA III - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

3.1. - Ficam EXCLUÍDOS, também, da cobertura contratada neste segmento, os serviços abaixo relacionados:

- a) assistência ao parto normal ou cesárea;
- b) assistência nos abortamentos, ainda que espontâneos ou constante das hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal;
- c) consultas ambulatoriais e domiciliares;
- d) despesas decorrentes de curetagem pós-aborto e laqueadura de trompas;
- e) fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;
- f) procedimentos relativos ao pré-natal;

- g) transplantes, EXCETO para rins e córnea;
- h) tratamentos em clínicas de emagrecimento, repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

CLÁUSULA IV – DA COPARTICIPAÇÃO

4.1 – Quando contratado o segmento hospitalar, será cobrada uma co-participação de 50% para as seguintes situações:

- a) na internação **que exceder os 30 (trinta) dias cobertos** contratualmente, em hospital psiquiátrico ou em unidade (ou enfermaria) psiquiátrica em hospital geral, nos casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) na internação **que exceder os 15 (quinze) dias cobertos** contratualmente, em hospital geral, para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

CONTRATO Nº:

SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

CLÁUSULA I - DAS COBERTURAS

1.1 - O SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA compreende EXCLUSIVAMENTE os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

1.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários quando em regime de internação e regularmente inscritos neste segmento, a seguinte cobertura:

- a) assistência nas doenças infecto-contagiosas;
- b) cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- c) despesas de acompanhante, no caso de pacientes internados menores de 18 (dezoito) anos;
- d) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, durante o período de internação hospitalar;
- f) fornecimento de medicamentos nacionais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g) internações em clínica psiquiátrica, para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise, limitadas a no máximo **30 (TRINTA) DIÁRIAS POR USUÁRIO POR ANO DE CONTRATO**, não cumulativas;
- h) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar;
- i) internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- j) remoção terrestre do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica contratada;
- k) toda e qualquer taxa de serviços hospitalares e de tratamento, incluindo materiais utilizados para os procedimentos previstos neste segmento;
- l) transplantes de rim e córnea e as despesas com os procedimentos com estes vinculados, tais como: as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, EXCETO medicação de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

- m) transplantes de rim e córnea provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, 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;
- n) tratamento de queimadura, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, situado à Rua 9-B, nº 18, Setor Oeste – Goiânia-GO, e, nas demais localidades, nos serviços próprios e/ou credenciados do Sistema Nacional Unimed.

1.3 – No SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA é garantida, ainda, a seguinte cobertura:

- a) assistência ao parto normal ou cesárea;
- b) assistência médica e hospitalar durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, aos recém-nascidos cujo parto tenha sido coberto contratualmente;
- c) assistência nos abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;
- d) despesas decorrentes de curetagem pós-aborto e laqueadura de trompas, desde que esta seja determinada exclusivamente em razão de risco de vida materna em futuras gestações, mediante justificativa do médico assistente;
- e) procedimentos relativos ao pré-natal.

1.4 - Serão cobertos, ainda, por este segmento os procedimentos abaixo relacionados considerados especiais e de continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de rim e córnea, EXCETO medicação de manutenção;
- b) embolizações e radiologia intervencionista;
- c) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- d) fisioterapia;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- f) hemoterapia;
- g) nutrição parenteral ou enteral;
- h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- i) quimioterapia;
- j) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia.

CLÁUSULA II – DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.1 - DO TIPO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR

2.1.1 - O CONTRATANTE poderá optar pelo tipo de acomodação a ser utilizada nas internações hospitalares, podendo ser a ACOMODAÇÃO COLETIVA (enfermaria) ou a ACOMODAÇÃO PRIVATIVA (apartamento Standard), conforme classificação da AHEG - Associação dos Hospitais do Estado de Goiás.

2.1.2 - Para o tipo de acomodação optada, serão determinados valores diferenciados na contraprestação pecuniária (mensalidade) do usuário, conforme consta na tabela integrante do CONTRATO.

2.1.3 - É possível a migração do grupo familiar de um tipo de acomodação para outra, observando as seguintes condições:

- a) para utilização de acomodação privativa, o grupo familiar terá que cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias;
- b) a migração para a acomodação coletiva também será possível, desde que após a última alta hospitalar o grupo familiar tenha permanecido por outros 180 (cento e oitenta) dias contribuindo no plano privativo.

2.1.4 - O usuário com direito a acomodação coletiva poderá optar por acomodação superior a que tem direito, desde que o CONTRATANTE o autorize expressamente e acate a cobrança na modalidade de Custo Operacional referente à diferença dos custos advindos da acomodação privativa.

2.1.5 - A diferença de custos inclui valores de honorários profissionais, de diárias e serviços. Não há diferença de material e medicamentos utilizados, desde que nacionais.

2.1.6 - Aos usuários menores de 18 (dezoito) anos será garantida a cobertura para as despesas com acompanhante em casos de internação hospitalar.

2.1.7 - As despesas do acompanhante do menor referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno.

2.1.8 - Esta cobertura a que se refere o item anterior não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva pelo menor.

2.2 - DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.2.1 - O prazo de internação, fixado e autorizado pela UNIMED GOIÂNIA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

2.2.2 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED GOIÂNIA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

2.2.3 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao usuário o acesso à acomodação superior disponível no momento, independente do tipo daquela contratada, retornando à de seu direito logo que fique disponível.

CLÁUSULA III - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

3.1. - Ficam EXCLUÍDOS, também, da cobertura contratada, os serviços abaixo relacionados:

- a) consultas ambulatoriais e domiciliares;
- b) fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;
- c) transplantes, EXCETO para rins e córnea;
- d) tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- e) tratamentos em clínicas de emagrecimento, repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

CLÁUSULA IV – DA CO-PARTICIPAÇÃO

4.1 – Quando contratado o segmento hospitalar, será cobrada uma co-participação de 50% para as seguintes situações:

- a) na internação **que exceder os 30 (trinta) dias cobertos** contratualmente, em hospital psiquiátrico ou em unidade (ou enfermaria) psiquiátrica em hospital geral, nos casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) na internação **que exceder os 15 (quinze) dias cobertos** contratualmente, em hospital geral, para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.