

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

TIPO DE CONTRATAÇÃO	PLANO COLETIVO POR ADESÃO
NOME COMERCIAL DO PLANO	UNIBRASIL
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	COLETIVA (ENFERMARIA)
REGISTRO NA ANS	460.883/09-6
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO	NACIONAL
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ÁREA DE ATUAÇÃO	NACIONAL
FORMAÇÃO DE PREÇO	PREESTABELECIDO (PRÉ-PAGAMENTO)
FATOR MODERADOR	NÃO
ATENDIMENTO	REDE CREDENCIADA
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL e FAMÍLIA PROTEGIDA

SUMÁRIO

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
3.1 - COBERTURAS CONTRATADAS	5
3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL	5
3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	6
CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	9
CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO	11
CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA	11
CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	12
CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
8.8 - REMOÇÃO	14
8.9 - DO REEMBOLSO	15
CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	16
9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	16
9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	16
CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	17
CLÁUSULA XI - REAJUSTE	18
11.2 - REAJUSTE ECONÔMICO	19
11.3 - REAJUSTE TÉCNICO	19
CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS	20
CLÁUSULA XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	20
CLÁUSULA XIV - RESCISÃO	21
CLÁUSULA XV - DISPOSIÇÕES GERAIS	22
CLÁUSULA XVI - ELEIÇÃO DE FORO	26
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	27
1 - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL	28
2 - DO FAMÍLIA PROTEGIDA	29

CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da 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.

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Podem ser inscritos como beneficiários **TITULARES** da prestação dos serviços contratados, as pessoas que possuam vínculo de caráter **Profissional, Classista ou Setorial** com a pessoa jurídica CONTRATANTE.

2.2 - O vínculo com a CONTRATANTE poderá abranger ainda:

- I. Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II. Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III. Associações profissionais legalmente constituídas, desde que constituídas há pelos menos um ano;
- IV. Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, desde que constituídas há pelos menos um ano;
- V. Caixas de assistência e fundações de direito privado, desde que constituídas há pelos menos um ano;
- VI. Entidades representativas dos estudantes de estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus – Grêmios Estudantis, desde que devidamente constituídos, desde que constituídas há pelos menos um ano;
- VII. Entidades representativas dos estudantes das instituições de ensino superior, tais como União Nacional dos Estudantes (UNE), União Estadual dos Estudantes (UEEs), Diretórios Centrais dos Estudantes (DCEs), Centros e Diretórios Acadêmicos (CAs e DAs), desde que devidamente constituídos, desde que constituídas há pelos menos um ano;
- VIII. Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, desde que autorizadas pela **Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE** e constituídas há pelos menos um ano.

2.3 - 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) seus filhos até 21 (vinte e um) anos, ou até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente universitários;
- c) os indicados nos incisos II e III, do artigo 3º do Código Civil Brasileiro, conforme abaixo elencados:

"II - Os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos";

"III - Os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade".

- d) seus enteados até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente universitário, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- e) menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição de dependência se estenderá até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente universitário;
- f) as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do titular.

2.4 - Para fins e efeitos deste contrato, as idades estabelecidas nesta cláusula são consideradas em sua exatidão, ou seja, 21 e/ou 24 anos exatos e nenhum dia a mais.

2.5 - Os filhos e enteados inscritos que perderem a condição de dependência durante a vigência do contrato serão automaticamente repassados à condição de agregados, sempre no mês subsequente ao da perda da dependência. Caso a CONTRATANTE não concorde com a permanência daquele beneficiário no contrato, deverá solicitar a sua exclusão dentro do período da movimentação cadastral.

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

2.7 - O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pela CONTRATANTE através do website ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda através de planilhas fornecidas pela Unimed Goiânia, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

2.8 - Quando da assinatura do contrato e sempre que solicitado pela CONTRATADA, a CONTRATANTE anexará cópias dos documentos de comprovação do vínculo com o beneficiário Titular, bem como da qualidade dos dependentes do mesmo.

2.9 - Os beneficiários inscritos farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições dispostas neste instrumento.

2.9.1 - Os beneficiários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio após a efetivação dos seus cadastros.

2.10 - Serão asseguradas inclusões posteriores à assinatura do contrato **COM APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS PELO TITULAR, desde que** a inscrição ocorra no prazo máximo de **30 (trinta) dias** da data do evento que confere o direito da inclusão (nascimento, adoção, casamento), **EXCLUSIVAMENTE** para:

- a) O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, sendo garantida ainda a sua inclusão imediata, desde que acate o pagamento proporcional da mensalidade após a movimentação cadastral;
- b) O cônjuge recém-casado com o beneficiário titular;
- c) O filho adotivo, menor de doze anos idade.

2.11 - Ultrapassado o prazo de **30 (trinta) dias** do nascimento, casamento ou adoção, poderá ocorrer ainda a inclusão dos beneficiários citados nas letras "a", "b" e "c" do item anterior, porém cumprirão as carências normais do contrato.

2.12 - Toda movimentação cadastral permitida no contrato deverá ser solicitada pela CONTRATANTE até o **DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO** mensal definido na **Proposta de Adesão** através do website ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou em impresso próprio ou planilha fornecida pela Unimed Goiânia.

2.12.1 - O **DIA** de vigência inicial do plano contratado é considerado como **DATA BASE MENSAL** para a vigência das movimentações cadastrais enviadas para a **CONTRATADA** até o **DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO** mensal.

2.12.2 - Ultrapassado o **DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO** mensal, a movimentação cadastral terá vigência a partir da **DATA BASE MENSAL** subsequente à que teria direito se enviada até o **DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO** daquele mês, observados os requisitos movimentação de beneficiários ao plano contratado.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - COBERTURAS CONTRATADAS

3.1.1 - A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

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

3.1.3 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com o tratamento de Doenças Profissionais como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), bem como o tratamento das lesões relacionadas a Acidentes de Trabalho, conforme legislação vigente.

3.1.4 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.1.5 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 - A cobertura ambulatorial é definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, compreendendo os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios.

I - Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

III - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
Plano Coletivo por Adesão - Unibrasil - Enfermaria**

o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

IV - Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente.

V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões 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;

VI - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

IX - Tratamento de queimadura, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, ressalvados os casos de urgência e/ou emergência em que será observado o disposto nestas condições gerais para reembolso;

3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.3.1 - A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

II - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

III - Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

IV - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

- V - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- VI - Cobertura de exames complementares constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde, 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;
- VII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, exceto a instrumentação cirúrgica;
- VIII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- IX - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI ou similares;
- X - Procedimentos buco-maxilo-faciais que 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, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XI - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, exceto a cobertura dos honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos;
- XII - Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, como objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- XIII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral e enteral;
 - f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
Plano Coletivo por Adesão - Unibrasil - Enfermaria**

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto medicação de manutenção.

XIV - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

XV - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XVI - As órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as características (dimensões, material de fabricação e tipo) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME e, quando solicitado, justificar clinicamente sua indicação, podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que assegurada similaridade com o material indicado;

XVII - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XVIII - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

XIX - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XX - Assistência nos abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 128 do Código Penal Brasileiro, devidamente justificado pelo médico assistente;

XXI - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

b) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XXII - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de

seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato, mesmo que o beneficiário já esteja de posse do cartão magnético de identificação, exceto para os casos previstos na legislação;

III - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

IV - 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;

V - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

VI - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VII - Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

VIII - Despesas de acompanhantes, excepcionadas:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e

c) despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

IX - Cirurgias para mudança de sexo;

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

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

XII - Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de

urgência e emergência, devidamente comprovadas por declaração do médico assistente e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XIII - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XIV - Inseminação artificial;

XV - Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI - Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

XVII - Aplicação de vacinas;

XVIII - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XIX - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XX - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXI - Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

XXII - Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XXIII - Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

XXIV - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXV - Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;

XXVI - Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XXVII - Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVIII - Atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade referentes às doenças e lesões preexistentes, dentro do período da cobertura parcial temporária;

XXIX - Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XXX - Check-up (investigação diagnóstica eletiva) em regime ambulatorial e/ou de internação hospitalar;

XXXI - Fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea, e de transplantes alogênico e autólogo de medula óssea, ressalvado os medicamentos utilizados durante a internação;

XXXII - Procedimentos pré-operatórios nos casos de transplantes EXCETO para rins, córneas e transplantes alogênico e autólogo de medula óssea;

XXXIII - Tratamento e atendimento nos prestadores de **ALTO CUSTO e de TABELA PRÓPRIA**, ainda que os mesmos sejam credenciados às cooperativas que integram o **Sistema Nacional Unimed**;

XXXIV - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, conforme portaria nº 24/94 - NR7; e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, conforme portaria 25/94 - NR9 - MTB, bem como os procedimentos relacionados com a Medicina Ocupacional (exames admissionais, demissionais e

periódicos).

CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - A vigência mínima do presente contrato é de 12 (doze) meses e inicia-se a partir da data de sua assinatura pelo CONTRATANTE, sendo, a partir de então, prorrogável por prazo indeterminado ou até que haja denúncia de uma das partes.

5.2 - Findo o prazo de vigência mínima, este contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias** do término da vigência inicial, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - Não será exigido o cumprimento de prazos de carências, independente do número de beneficiários, desde que o beneficiário ingresse no plano em até **30 (trinta) dias da celebração do contrato Coletivo Por Adesão**.

6.2 - A cada aniversário do contrato **Coletivo Por Adesão (mês de celebração)**, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- a) o beneficiário tenha se vinculado à pessoa jurídica CONTRATANTE após 30 (trinta) dias da data celebração do contrato coletivo; e
- b) a proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

6.3 - Para as adesões que ocorrerem fora dos prazos acima descritos, será exigido pela operadora o cumprimento de períodos de carência definidos no quadro abaixo, sendo que a contagem dos prazos de carências iniciar-se-á a partir do início da vigência da inclusão do beneficiário no plano coletivo, **observado o período de movimentação cadastral**, devendo o beneficiário preencher o **Formulário de Declaração de Saúde**, através de entrevista qualificada, independente do número de beneficiários inscritos.

QUADRO DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTOS	DIAS
ACIDENTES PESSOAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos termos da lei 9.656/98.	01 (24 HORAS)
CONSULTAS E DEMAIS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA	030
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	180
PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA	180
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS, DIGESTIVOS, RESPIRATÓRIOS E PROCTOLÓGICOS	180
TRANSPLANTES, listados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS	180
HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONIAL/CADP	180
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	180
MÉTODOS INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM	180

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	180
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	180
FISIOTERAPIA	180
LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA E TRATAMENTOS POR ONDAS DE CHOQUE	180
PARTOS A TERMO	300

CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - O Beneficiário Titular deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da 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.

7.2 - **Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP**, são aquelas 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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 e suas atualizações.

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

7.4 - 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 indicado pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.5 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico de sua escolha, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 - 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 ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

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

7.8 - 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 CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

7.9 - **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, é 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.

7.10 - **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 operadora e o CONTRATANTE.

7.11 - Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.12 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente especificada.

7.13 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no website www.ans.gov.br.

7.14 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente ao Beneficiário que aderiu ao Plano coletivo decorridos 24 (vinte e quatro) meses de sua adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.15 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão do beneficiário 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.

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

7.17 - 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 CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.18 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.19 - A CONTRATADA 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.

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

7.21 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.22 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, 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 da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como poderá ser excluído do contrato.

7.23 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Para os efeitos de direitos e deveres advindos desta cláusula são adotadas as seguintes definições, na forma do art. 35-C da Lei 9.656/98:

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

II. **URGÊNCIA** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

8.2 – Decorridas **24 (vinte e quatro)** horas de vigência do beneficiário em contrato a CONTRATADA garantirá os atendimentos de **URGÊNCIA e EMERGÊNCIA**, conceituados e definidos nestas condições gerais, **EM ÂMBITO NACIONAL**, desde que utilizados os serviços da rede própria ou credenciada a alguma Cooperativa do **Sistema Nacional Unimed**.

8.3 - A cobertura dos atendimentos de **Urgência e Emergência** será prestada por **12 (doze) horas** ou, por período inferior, caso surja à necessidade de internação, para:

I. Atendimentos de urgência e emergência decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

II. Atendimentos que evoluam para a necessidade de internação, durante o período de carência para internação;

III. Atendimentos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes durante o período de Cobertura Parcial Temporária.

8.4 - A partir do prazo estabelecido no item acima - primeiras 12 (doze) horas do atendimento, e/ou havendo a necessidade de continuidade do tratamento em regime hospitalar, a responsabilidade financeira passa a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

8.5 - Uma vez cumprido os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral contratada.

8.6 – **EXCLUEM-SE** da garantia de atendimento referido nesta cláusula, os prestadores de **ALTO CUSTO e de TABELA PRÓPRIA**, ainda que os mesmos sejam credenciados às cooperativas que integram o **Sistema Nacional Unimed**.

8.7 – Ocorrendo a necessidade de atendimentos de urgência e/ou emergência em locais em que não haja serviços próprios ou credenciados Unimed, serão obedecidas as regras estabelecidas em contrato para reembolso.

8.8 - REMOÇÃO

8.8.1 - A CONTRATADA assegura ao beneficiário regularmente inscrito neste plano a remoção terrestre do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área geográfica de abrangência do contrato.

8.8.2 - Sendo caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente depois de realizados os atendimentos classificados como **urgência e emergência**, a CONTRATADA assegura ao beneficiário regularmente inscrito a remoção terrestre para outro estabelecimento hospitalar pertencente à rede credenciada ao plano contratado.

8.8.3 - Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze) horas das urgências e emergências e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a

CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

- a) em períodos de carência para internação e/ou parto;
- b) em período de Cobertura Parcial Temporária para DLP.

8.8.4 - Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

8.8.5 - Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, cessando a sua responsabilidade quando efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

8.8.6 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS ou a remoção não puder ser realizada em virtude de risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.9 – DO REEMBOLSO

8.9.1 - Em casos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da Unimed, dentro da área de abrangência do plano ora contratado, poderá ser solicitado pelo beneficiário Titular o reembolso das despesas por serviços ou atendimentos das coberturas contratadas e pagas pelo mesmo.

8.9.2 - Para que se cumpra o disposto no item acima descrito, faz-se necessária 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 em vigência.

8.9.3 - Dos documentos deverão constar:

- I. solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- II. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento com a respectiva justificativa dos procedimentos realizados e a data do atendimento;
- III. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- IV. relatório hospitalar discriminando a data da internação e da alta hospitalar, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais originais;
- V. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem.

8.9.4 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, e que estejam contempladas na cobertura contratada.

8.9.5 - Os procedimentos realizados em ocasiões de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

8.9.6 - Os valores a serem reembolsados serão os das **Tabelas de Remuneração e de Pagamentos aos Prestadores da Unimed Goiânia.**

8.9.7 - A partir da entrega de toda documentação suficiente, a CONTRATADA terá o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso aqui definido.

8.9.8 - O pagamento do reembolso será feito somente ao beneficiário Titular ou, em caso de falecimento deste, ao beneficiário legalmente constituído.

8.9.9 - O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

9.1.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

9.2.1 - A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

9.2.2 - Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, **ou termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE.**

9.2.3 - Será de inteira responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE** o ônus proveniente da utilização indevida do cartão magnético de identificação, após a efetiva exclusão do beneficiário.

9.2.4 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, através do website ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda por escrito. O ônus da emissão de uma segunda via do cartão de identificação do beneficiário será da CONTRATANTE.

9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.3.1 - Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I - Consultas Médicas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

II - atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA;

III - Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.

9.3.2 - O prazo de internação autorizado pela CONTRATADA, constará na guia expedida e corresponderá à

média de dias utilizados para casos idênticos.

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

9.3.4 - Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário deverá contatar a Central de Atendimento ou ainda diretamente na sede da CONTRATADA, caso a operadora necessite da presença do beneficiário solicitante, munido do cartão magnético de identificação e a guia de solicitação do procedimento e exames, para perícia com profissional avaliador.

9.3.5 - A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

9.3.6 - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

9.3.7 - A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

9.3.8 - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do website www.unimedgoiania.com.br, sendo que as informações poderão ser confirmadas através do SAC (fones: (62) 3216-8000 / 0800 642 8008).

9.3.9 - A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

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

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

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

9.3.13 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 - Este plano será custeado no regime de preço **PREESTABELECIDO (pré-pagamento)**, onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela **CONTRATADA** e pago pela **CONTRATANTE**, antes da utilização das coberturas contratadas.

10.2 - As mensalidades e os valores de serviços estabelecidos no contrato 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, definida em contrato com a UNIMED GOIÂNIA;
- c) SERVIÇOS LABORATORIAIS E DE RADIOLOGIA E IMAGEM - Tabela de Preços de Serviços UNIMED;
- 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 Brasília.

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

10.4 - As mensalidades deste plano serão pagas integralmente pela **CONTRATANTE**, diretamente à **CONTRATADA**.

10.4.1 - As mensalidades devem ser quitadas até a data do seu vencimento, conforme definido na Proposta de Adesão.

10.4.2 - Se o **CONTRATANTE** não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Unimed Goiânia ou retirá-lo através do website www.unimedgoiania.com.br, sendo que a **CONTRATADA** disponibilizará para a **CONTRATANTE** login e senha para impressão dos documentos via web, para que não se sujeite às conseqüências de pagamento de multa e juros moratórios.

10.5 - É obrigação do **CONTRATANTE** manter atualizados os seus dados cadastrais junto à **CONTRATADA**, para fins e efeitos das condições contratuais ora descritas.

10.6 - Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após a rescisão do contrato e de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

10.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, o **CONTRATANTE** pagará, quando a legislação permitir, juros de mora na razão de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) calculados diariamente, mais multa de 2% (dois por cento) após o vencimento.

10.8 - A inadimplência superior a **60 (sessenta) dias**, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, poderá provocar a suspensão e/ou rescisão deste contrato após prévia notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as conseqüências da mora.

10.9 - O Beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a **CONTRATANTE** por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, poderá ser excluído do plano a pedido da **CONTRATANTE**, desde que seja comprovadamente notificado pela **CONTRATANTE** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

CLÁUSULA XI - REAJUSTE

11.1 - Os valores previstos na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências,

e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ensejará a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente negociado e aditado entre as partes.

11.2 – REAJUSTE ECONÔMICO

11.2.1 - Os valores das mensalidades e tabela de preços serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, divulgada pelo **IBGE**, acumulado nos últimos **12 (doze) meses**. Na falta da divulgação do **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, pelo índice que vier a substituí-lo oficialmente. E na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

11.2.2 – Caso o índice adotado acumular saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

11.3 - REAJUSTE TÉCNICO

11.3.1 - Na hipótese de constatar necessidade de aplicação de reajuste técnico (**R_T**), o índice estipulado no artigo anterior - reajuste econômico, será adicionado ao reajuste técnico, apurado conforme a fórmula a seguir:

$$R_T = (S \div S_m) - 1$$

Onde:

$$S = (CD - C) \div R$$

Sendo:

S = Sinistralidade;

CD = Custo Direto – são as despesas médicas e/ou hospitalares que são compostas dos honorários sobre consultas e outros procedimentos, serviços auxiliares de diagnósticos e terapias (SADT), diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, e demais custos relativos à assistência à saúde dos últimos 12 (doze) meses;

C = Recuperação de coparticipação nos últimos 12 (doze) meses;

R = Receita de Mensalidade nos últimos 12 (doze) meses;

S_m = Meta de Sinistralidade correspondente a 75%

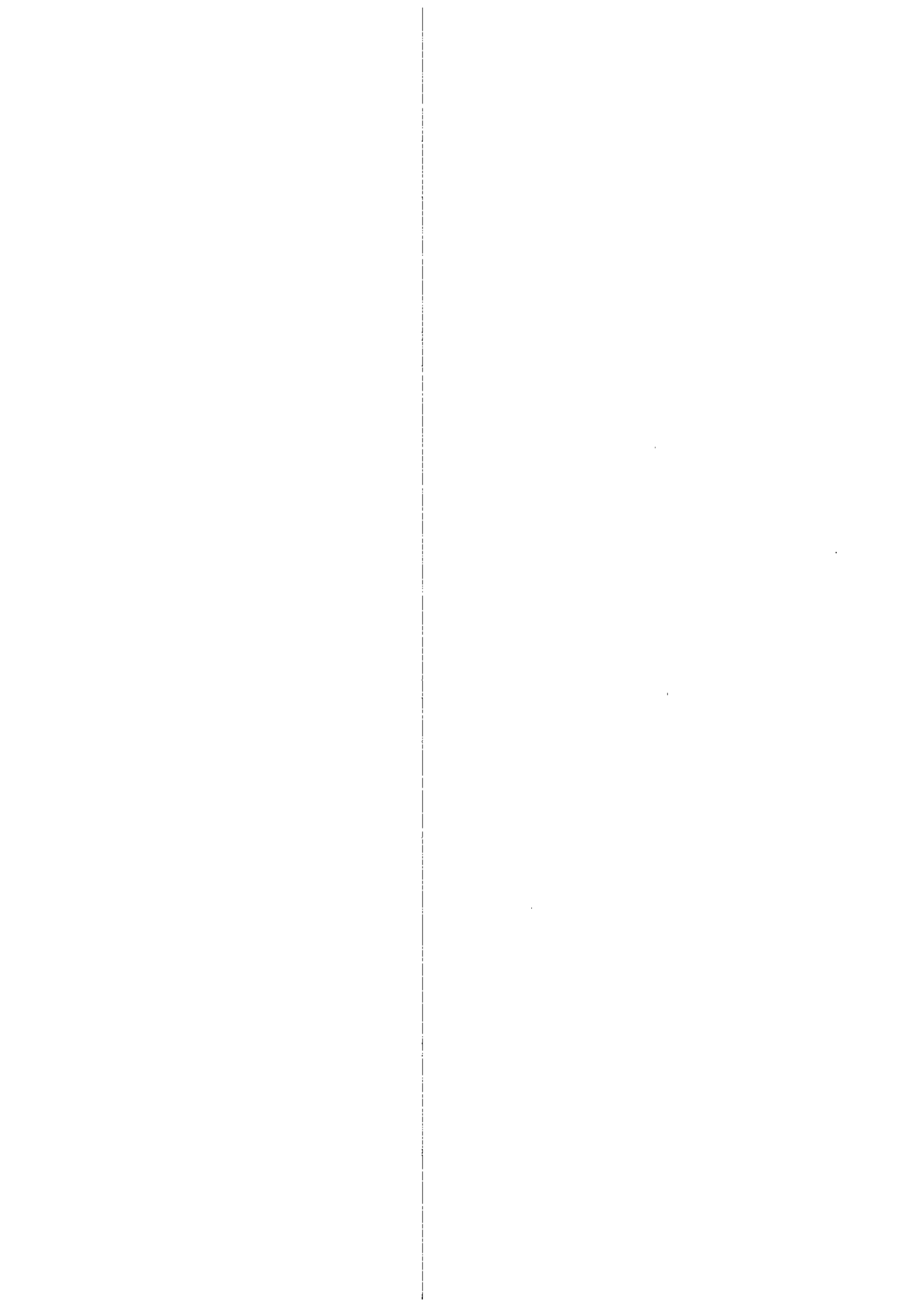
11.3.2 - O reajuste técnico será aplicado caso a sinistralidade (**S**) seja superior a meta de sinistralidade (**S_m**).

11.4 – Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete a informar à ANS os percentuais de reajuste aplicados.

11.5 – As partes estabelecem também que:

a) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei 9.656/98, ou se a legislação vier a permitir;

b) 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;



c) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato.

CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

12.1.1 - Disposição das faixas etárias:

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

12.2 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste anual.

12.3 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que:

- a) O valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) 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.

12.4 - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

CLÁUSULA XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 - A exclusão de beneficiário só será admitida depois de decorrido o prazo de vigência mínima obrigatória do contrato, **RESSALVADOS OS CASOS DE ÓBITO OU DE DESVINCULAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, DEVIDAMENTE COMPROVADO**, através do envio para a CONTRATADA da cópia da **Certidão de Óbito** ou do **Termo de Desvinculação** do beneficiário.

13.2 - São consideradas condições para a perda da qualidade de Beneficiário Titular deste plano:

- a) pela rescisão do presente contrato;

- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.3 - Os Dependentes perderão a qualidade de Beneficiários nas seguintes condições:

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

13.4 - Toda EXCLUSÃO de beneficiário inscrito deverá ser solicitada à CONTRATADA pelo CONTRATANTE, através do website ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda através de planilhas fornecidas pela Unimed Goiânia, obrigatoriamente acompanhado do cartão magnético de identificação, **ou termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE**, OBSERVANDO ainda o prazo de movimentação cadastral.

13.5 - A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIV - RESCISÃO

14.1 - Cabe à CONTRATADA o direito de **SUSPENSÃO OU RESCISÃO** imediata e unilateral quando de dolo ou fraude comprovada e em casos de total inexistência de beneficiários cadastrados no plano ora contratado.

14.1.1 - O atraso no pagamento da mensalidade, pela **CONTRATANTE**, por um período superior a **30 (trinta) dias**, implica na **SUSPENSÃO** do direito do(s) **BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES)** e de seus **DEPENDENTES** a qualquer cobertura.

14.2 - Após a vigência mínima obrigatória de 12 (doze) meses, qualquer uma das partes poderá rescindir este contrato imotivadamente, mediante prévia comunicação da parte solicitante com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias** a contar do vencimento da mensalidade.

14.3 - O **CONTRATANTE** poderá ainda rescindir dentro do prazo de vigência inicial estabelecido no contrato, desde que esteja em dia com as suas obrigações financeiras advindas deste contrato, e acate o pagamento de **50% (cinquenta por cento)** do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato.

14.4 - A inadimplência superior a **60 (sessenta) dias**, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, poderá provocar a rescisão deste contrato após prévia notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as conseqüências da mora.

14.4.1 - Na ocorrência de rescisão contratual motivada pela inadimplência da **CONTRATANTE** por prazo superior a **60 (sessenta) dias**, consecutivos ou não, no decorrer dos 12 (doze) meses de vigência inicial do contrato, contados a partir de sua assinatura, será efetuada pela **CONTRATADA** a cobrança de Multa Rescisória no valor de **50% (cinquenta por cento)** do valor restante das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato, tendo como base a média per capita das

mensalidades pagas até a efetiva rescisão contratual.

14.5 - É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

CLÁUSULA XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Cartão de Identificação, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.2 - Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos(às) beneficiário(as).

15.3 - Aos beneficiários inscritos neste contrato fica resguardado o sigilo médico referente à assistência prestada aos mesmos, conforme legislação em vigor.

15.4 - Toda e qualquer tolerância quanto ao descumprimento por qualquer das partes ora contratantes das condições estabelecidas na presente contratação, não significará novação ou alteração das disposições pactuadas, mas tão somente mera liberalidade da parte que não exigir da outra o cumprimento de sua obrigação.

15.5 - O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais para esse efeito, após prévia comunicação e aprovação da ANS.

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

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

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.

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 ou lesões 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 beneficiários.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: autarquia sob o regime especial, vinculado ao Ministério da Saúde como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, com atuação em todo território nacional.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Área de atuação do plano, definida em contrato, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

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

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser

programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

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 da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual não se tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: documento que contém os dados do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação ou plano).

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

COBERTURAS: compreendem o denominado Rol de Procedimentos, a que os beneficiários têm direito ao atendimento e aos serviços conforme opção firmada no contrato.

COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que garante a atenção ao parto, doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

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

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

CONSULTA: é o ato médico realizado no sentido de elucidação diagnóstica e proposta terapêutica. O beneficiário tem o prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da consulta inicial, para retornar sua visita ao médico para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento.

CONTRATADA: a UNIMED GOIÂNIA, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários 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 filiados/associados.

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 estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE: denominação atribuída ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

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

DATA BASE MENSAL: dia mensal para início da vigência das movimentações cadastrais de beneficiários, que foram enviadas para a CONTRATADA até o DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO anterior à esta data base mensal.

DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO: é o dia de limite mensal para que a CONTRATANTE envie à CONTRATADA as movimentações de beneficiários do plano, cuja vigência se iniciará na próxima data base mensal.

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

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

DOENÇA CONGÊNITA: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): é aquela que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

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

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

ENTREVISTA QUALIFICADA: orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico credenciado indicado pela operadora, antes da contratação do plano para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações. A entrevista também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que neste caso arcará com o custo proveniente.

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.

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

HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: dá-se quando o beneficiário 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 cooperativas 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 usado em procedimentos cirúrgicos, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PARTO A TERMO: é aquele que ocorre entre 38 (trinta e oito) e 42 (quarenta e duas) semanas após a concepção do feto, estando este formado, maduro e pronto para a vida extra-uterina.

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

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.

PRESTADORES DE ALTO CUSTO ou de TABELA PRÓPRIA: São aqueles que possuem sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando às tabelas praticadas pela Unimed Goiânia, podendo ser, ou não, credenciados ao Sistema Unimed.

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 beneficiário, quando da ocorrência de evento mórbido.

PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: são os relacionados no Anexo I da Resolução ANS/RDC nº 68 de 07/Maio/2001, ou qualquer outra que venha a substituí-la, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à Doenças e Lesões Preexistentes, poderão constar em cláusula específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

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 definidos pela ANS, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do beneficiário 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's, cooperativas de trabalho médico, constantes na relação entregue ao CONTRATANTE, vinculadas através de contrato particular, para a prestação dos serviços de Atendimento Eletivo e/ou de Urgência e Emergência aos beneficiários, quando fora da área de abrangência de sua Unimed de origem.

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 complicações no processo gestacional.

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

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

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

CLÁUSULA XVI - ELEIÇÃO DE FORO

16.1 - Fica definido como foro o município de domicílio fornecido pelo CONTRATANTE na época de assinatura do presente contrato, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Goiânia, de de

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS	
1.	2.
NOME:	NOME:
CPF:	CPF:

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1 - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL

1.1 - Este benefício assegura a prestação do Serviço de Assistência e o pagamento ou reembolso de despesas relativas ao funeral aos beneficiários 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.

1.2 - O prazo para a solicitação do Seguro Garantia Funeral é de até 180 (cento e oitenta) dias da ocorrência do óbito do beneficiário, comprovado através da Certidão de Óbito.

1.3 - Somente será assegurada a cobertura desta cláusula se o beneficiário:

- 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.

1.4 - O capital segurado é definido na Proposta de Adesão.

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

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

I. Do Segurado falecido:

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

II. 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.

III. 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.

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

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

1.9 - A indenização não será devida na hipótese do beneficiário 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 beneficiário 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.

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

2 - DO FAMÍLIA PROTEGIDA

2.1 - Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes devidamente cadastrados no contrato terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 2 (dois) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

2.1.1 - O prazo para a solicitação do Família Protegida é de até 90 (noventa) dias da ocorrência do óbito do beneficiário Titular, comprovado através da Certidão de Óbito.

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

2.3 - O direito ao Família Protegida será assegurado somente quando atendidas as seguintes condições:

- a) que os beneficiários dependentes sejam participantes 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.

2.4 - Consideram-se beneficiários dependentes, para fins e efeitos do Família Protegida, os seguintes:

- a) cônjuge ou companheiro do titular, desde que comprovada esta condição;

b) filhos e os equiparados aos filhos, solteiros e menores de 24 anos.

2.4.1 - O direito ao Família Protegida também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil.

2.5 - O beneficiário dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do beneficiário titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitiu seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito do titular ocorrer após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

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

2.7 - O Família Protegida fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, da Certidão de Óbito do beneficiário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

2.7.1 - Os beneficiários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos pela presente cláusula ficam impedidos de gozar do Família Protegida.

2.8 - Os Cartões de Identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal do Família Protegida.

2.9 - O direito ao Família Protegida para os dependentes do beneficiário titular falecido será assegurado **EXCLUSIVAMENTE** na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.