

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

| | |
|---|--|
| TIPO DE CONTRATAÇÃO | PLANO COLETIVO POR ADESÃO |
| NOME COMERCIAL | UNIADESÃO COOPERATIVO |
| PADRÃO DE ACOMODAÇÃO | INDIVIDUAL (APARTAMENTO) |
| REGISTRO NA ANS | 416.125/99-4 |
| ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA | GRUPO DE MUNICÍPIOS |
| SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL | AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA |
| ÁREA DE ATUAÇÃO | GOIÂNIA/GO, APARECIDA DE GOIÂNIA/GO, ABADIA DE GOIÁS/GO, ADELÂNDIA/GO, AMERICANO DO BRASIL/GO, ANICUNS/GO, ARAÇÚ/GO, ARAGOIÂNIA/GO, AVELINÓPOLIS/GO, BELA VISTA DE GOIÁS/GO, BONFINÓPOLIS/GO, BRAZABRANTES/GO, BURITI DE GOIÁS/GO, CALDAZINHA/GO, CAMPESTRE DE GOIÁS/GO, CATURAI/GO, CEZARINA/GO, CROMÍNIA/GO, DAMOLÂNDIA/GO, GOIANIRA/GO, CIDADE DE GOIÁS/GO, GUAPÓ/GO, HIDROLÂNDIA/GO, INHUMAS/GO, ITAUÇÚ/GO, JANDAIA/GO, LEOPOLDO DE BULHÕES/GO, NAZÁRIO/GO, NOVA VENEZA/GO, PALMEIRAS DE GOIÁS/GO, PALMINÓPOLIS/GO, PETROLINA DE GOIÁS/GO, SANCLERLÂNDIA/GO, SANTA BÁRBARA DE GOIÁS/GO, SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS/GO, SÃO MIGUEL DO PASSA QUATRO/GO, SENADOR CANEDO/GO, TEREZÓPOLIS DE GOIÁS/GO, TRINDADE/GO, TURVÂNIA/GO, VARJÃO/GO. |
| FORMAÇÃO DE PREÇO | PREESTABELECIDO (PRÉ-PAGAMENTO) |
| FATOR MODERADOR | COPARTICIPAÇÃO |
| ATENDIMENTO | REDE BÁSICA CREDENCIADA |
| SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL, SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL, 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 | 6 |
| 3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA | 7 |
| CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA | 9 |
| CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO | 11 |
| CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA | 12 |
| CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES | 13 |
| CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 15 |
| 8.7 - REMOÇÃO | 15 |
| 8.8 – DO REEMBOLSO | 16 |
| CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO | 17 |
| 9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO | 17 |
| 9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA | 17 |
| 9.4 - DA COPARTICIPAÇÃO | 18 |
| CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE | 19 |
| CLÁUSULA XI - REAJUSTE | 19 |
| 11.2 – PARA CONTRATOS COM MAIS DE 29 BENEFICIÁRIOS | 19 |
| 11.3 - REAJUSTE PARA AGRUPAMENTO DE CONTRATOS | 20 |
| CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS | 22 |
| CLÁUSULA XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO | 23 |
| CLÁUSULA XIV - RESCISÃO | 24 |
| CLÁUSULA XV – DISPOSIÇÕES GERAIS | 24 |
| CLÁUSULA XVI - ELEIÇÃO DE FORO | 30 |
| SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS | 31 |
| 1 - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL | 32 |
| 2 - DO FAMÍLIA PROTEGIDA | 33 |
| SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS | 35 |

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 dos custos médico-hospitalares, e das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **EXCLUSIVAMENTE** de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, a ser prestado 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 - Plano privado de assistência à saúde Coletivo Por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a **CONTRATANTE** vínculo de caráter **Profissional, Classista** ou **Setorial**.

2.2 - Podem ser inscritos no plano como beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a **CONTRATANTE**:

- 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 há pelo menos um ano;
- IV. Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, desde que constituídas há pelo menos um ano;
- V. Caixas de assistência e fundações de direito privado constituídas há pelos menos um ano;
- VI. Entidades representativas dos estudantes de estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus - Grêmios Estudantis, constituídos há pelo menos um ano;
- VII. Entidades representativas dos estudantes das instituições de ensino superior, tais como União Nacional dos Estudantes (UNE), Uniões Estaduais dos Estudantes (UEEs), Diretórios Centrais dos Estudantes (DCEs), Centros e Diretórios Acadêmicos (CAs e DAs), devidamente constituídos, há pelo 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. Caso a **CONTRATANTE** não concorde com a permanência daquele beneficiário no contrato, deverá solicitar a sua exclusão dentro do período da movimentação cadastral.

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

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

2.7 - Quando da assinatura do contrato e sempre que solicitado pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** anexará cópias dos documentos de comprovação do seu vínculo com o beneficiário Titular e da qualidade dos dependentes do mesmo, e ainda, os documentos de identificação pessoal, comprovante de endereço e outros solicitados pela **CONTRATADA**.

2.8 - É assegurada a inscrição do **recém-nascido, filho natural ou adotivo** do beneficiário titular, pai ou mãe, de plano de saúde, em até **30 (trinta) dias**, contados da data do **nascimento** ou da **adoção**, mesmo nas seguintes situações:

- a) quando o parto não tiver sido coberto pela operadora ou durante o cumprimento de quaisquer prazos de carências contratuais; e
- b) durante o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo pelo beneficiário titular;

2.9 - Poderão ainda ser inscritos no plano no prazo de até 30 (trinta) dias do evento que conferiu este direito, os seguintes beneficiários:

- a) **o recém-nascido sob guarda ou tutela judicial do beneficiário titular do plano de saúde, prazo contado da concessão da guarda ou tutela judicial;**
- b) **o menor de 12 anos adotado pelo beneficiário titular do plano de saúde, ou sob sua guarda ou tutela judicial, prazo contado da adoção, guarda, ou tutela judicial;**
- c) **o filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário titular ou seu cônjuge, prazo contado da data do reconhecimento;**
- d) **o cônjuge recém-casado com o beneficiário titular, prazo contado do casamento.**

2.10 - Os prazos de carência do filho recém-nascido natural ou sob guarda ou tutela judicial, menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela judicial, ou cuja paternidade foi reconhecida, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela **CONTRATADA**, serão aplicados da seguinte forma:

- a) caso o beneficiário **TITULAR**, pai, mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência de **180 (cento e oitenta) dias no plano**, o recém-nascido será **isento do cumprimento dos prazos de carências** para cobertura assistencial; ou
- a) se o beneficiário **TITULAR**, pai, mãe ou responsável legal, **não tiver** cumprido o prazo de carência de **180 (cento e oitenta) dias no plano**, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário **TITULAR**.

2.11 - O cônjuge recém-casado com o beneficiário titular, inscrito no prazo de 30 (trinta) dias do casamento, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular e estará sujeito ainda ao cumprimento dos prazos de **Cobertura Parcial Temporária para Doença ou Lesão Preexistente**, conforme previsto nestas condições gerais.

2.12 - A inscrição destes beneficiários - recém-casado e filho recém-nascido natural ou sob guarda ou tutela judicial, menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela judicial, ou cuja paternidade foi reconhecida - **poderá ser efetuada depois do prazo de 30 (trinta) dias** do evento que conferiu o direito, todavia, deverão cumprir os prazos de carências legais previstas nestas condições gerais.

2.13 - Os beneficiários inscritos farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições dispostas neste instrumento quanto ao cumprimento dos prazos de Carências e de Cobertura Parcial Temporária.

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

2.15 - TODA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PERMITIDA NO CONTRATO DEVERÁ SER SOLICITADA PELA CONTRATANTE ATÉ O DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL DEFINIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO, ATRAVÉS DA WEB SITE OU OUTRO MEIO ELETRÔNICO PADRONIZADO PELA CONTRATADA, OU EM IMPRESSO PRÓPRIO OU PLANILHA FORNECIDA PELA CONTRATADA.

2.16 - 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.

2.17 - 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 para movimentação de beneficiários ao plano contratado.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3 - COBERTURAS CONTRATADAS

3.1 - A CONTRATADA ASSEGURARÁ AOS BENEFICIÁRIOS REGULARMENTE INSCRITOS E SATISFEITAS AS RESPECTIVAS CONDIÇÕES, A COBERTURA BÁSICA PREVISTA NESTA CLÁUSULA, EXCLUSIVAMENTE NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, 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, EXCLUSIVAMENTE DE ACORDO COM O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, QUE PODERÁ SER OBTIDO ATRAVÉS DA WEB SITE WWW.ANS.GOV.BR.

3.2 - 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.

3.3 - 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.

3.4 - 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.

3.5 - 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.

3.6 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de atuação 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, NÃO INCLUINDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU PROCEDIMENTOS PARA FINS DE DIAGNÓSTICO OU TERAPIA QUE, EMBORA DISPENSEM INTERNAÇÃO, REQUEREM ESTRUTURA HOSPITALAR POR PERÍODO SUPERIOR A 12 (DOZE) HORAS, OU SERVIÇOS COMO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E UNIDADES SIMILARES, conforme adiante elencado:

I - 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 - 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, desde que não se caracterize como internação;

III - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões e diretrizes de utilização estabelecidas 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 e diretrizes de utilização estabelecidas 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 peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- 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.

X - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.3.1 - A CONTRATADA GARANTE AOS BENEFICIÁRIOS, DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS, A COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA DEFINIDA E LISTADA NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, COMPREENDENDO OS SEGUINTE SERVIÇOS:

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

V - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI - 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 - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, exceto a instrumentação cirúrgica;

VIII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área de atuação prevista no contrato;

IX - 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, órteses, prótese e materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados 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. 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;

XII - Procedimentos seguintes 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;
- a) hemoterapia;
- b) nutrição parenteral e enteral;
- c) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- d) embolizações;
- e) radiologia intervencionista;
- f) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- g) procedimentos de reeducação e reabilitação física;

XIII - 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;

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

XV - 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;

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

XVII - Parto normal realizado por enfermeiro obstétrico devidamente habilitado, conforme legislação vigente;

XVIII - Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, 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 tenha nascido de parto coberto;

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 30 (trinta) dias de internação por ano contratual;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo a coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) A Hospital-dia para transtornos mentais, conforme diretrizes de utilização estabelecidas pela ANS;

d) XXII - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com procedimentos vinculados, necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

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

XXII-A - 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.

XXII-B - 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.

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

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1.1 - EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº. 9.656/98, 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;

IV - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU NA 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, 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 DESTES CONTRATOS;

XII - PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS À OPERADORA;

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 MINERALOGRAFIA 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;

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 CONSANGUINIDADE;
- 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 REFRACTIVA 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 SUBMETIDOS A TRANSPLANTES, INCLUSIVE DE RIM, DE CÓRNEA E DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO OU AUTÓLOGO OU QUALQUER OUTRO QUE VENHA A SER INSERIDO NO ROL DE PROCEDIMENTO DA ANS, RESSALVADOS OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO PARA OS TRANSPLANTES COBERTOS;
- 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 - PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CUJO LIMITE MÁXIMO DE UTILIZAÇÃO POR ANO CONTRATUAL TENHA SIDO ULTRAPASSADO.
- XXXV - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO, CONFORME PORTARIA Nº 24/94 - NR7 OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA; E PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS - PPRA, CONFORME PORTARIA 25/94 - NR9 - MTB OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A MEDICINA OCUPACIONAL (EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS E PERIÓDICOS).
- XXXVI - TRANSPORTE DE TECIDOS E ÓRGÃOS DO DOADOR AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EM QUE SE ENCONTRE O RECEPTOR.

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 descritos nestas condições gerais, 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, independente do número de beneficiários inscritos.

| QUADRO DE CARÊNCIAS | |
|--|---------------|
| PROCEDIMENTOS | DIAS |
| ACIDENTES PESSOAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos limites da lei 9.656/98 e sua regulamentação | 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/CAPD | 180 |
| RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA | 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 |

6.4 - QUANDO DA MIGRAÇÃO DE PLANO EM ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) PARA ESTE PLANO, O BENEFICIÁRIO SOMENTE PODERÁ USUFRUIR DA ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO) APÓS O CUMPRIMENTO DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS DE CARÊNCIA, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SUA INCLUSÃO NO NOVO PLANO, OBSERVADA A NÃO INTERRUPÇÃO DE PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS.

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 assuma 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 consequências 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 BENEFICIÁRIO.

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 após 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 documento 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 indicio 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 indicio 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, DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO.

8.3 - 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.

8.4 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento **LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas em AMBIENTE AMBULATORIAL** ou até que ocorra a necessidade de **ESTRUTURA HOSPITALAR**, nos seguintes casos de **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**:

- I - atendimentos 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.

8.5 - 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.

8.6 - 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.

8.7 - REMOÇÃO

8.7.1 - A CONTRATADA ASSEGURA AO BENEFICIÁRIO REGULARMENTE INSCRITO NESTE PLANO A REMOÇÃO TERRESTRE DO PACIENTE QUANDO COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA, PARA OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO CONTRATO.

8.7.2 - 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.

8.7.3 - 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.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
Plano Coletivo por Adesão - Uniadesão Cooperativo - Apartamento**

8.7.4 - 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.

8.7.5 - 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.

8.7.6 - 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.

8.8 – DO REEMBOLSO

8.8.1 - 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.

8.8.2 - 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.

8.8.3 - 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 e 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;
- VI. quaisquer outros documentos solicitados pela **CONTRATADA**.

8.8.4 - SÓ SERÃO REEMBOLSÁVEIS AS DESPESAS VINCULADAS DIRETAMENTE AO EVENTO QUE ORIGINOU O ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO, E QUE ESTEJAM CONTEMPLADAS NA COBERTURA CONTRATADA.

8.8.5 - OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM OCASIÕES DE INADIMPLÊNCIA, AINDA QUE COBERTOS CONTRATUALMENTE, NÃO SERÃO REEMBOLSÁVEIS ATÉ QUE OS DÉBITOS EXISTENTES SEJAM QUITADOS.

8.8.6 - OS VALORES A SEREM REEMBOLSADOS SERÃO OS DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO E DE PAGAMENTOS AOS PRESTADORES DA UNIMED GOIÂNIA.

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

8.8.8 - O pagamento do reembolso será feito somente ao beneficiário Titular ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

8.8.9 - 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.

9.1.2 - 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 do **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 da web site 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 do **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 do **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, 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** e do **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da **CONTRATADA** ou da **UNIMED** do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

III - Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da **CONTRATADA** e do **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da **CONTRATADA** ou da **UNIMED** do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

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** ou à **UNIMED** do local onde se encontra o beneficiário a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado.

9.3.4 - Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário deverá:

- a) contatar a Central de Atendimento para informação ou ainda comparecer diretamente na sede da **CONTRATADA** ou da **Unimed** do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação, munido do cartão magnético de identificação e da guia de solicitação do procedimento;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
Plano Coletivo por Adesão - Uniadesão Cooperativo - Apartamento**

- b) apresentar sempre que solicitado, o laudo, relatório e exames e quaisquer outros documentos solicitados pela **CONTRATADA** ou pela **Unimed** do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação que comprovem a necessidade do procedimento;
- c) caso a operadora necessite da presença do beneficiário para perícia com profissional avaliador, este deverá comparecer na sede da **CONTRATADA** ou da **Unimed** do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação, munido dos documentos solicitados por esta.

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 desempassador, 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 web site www.unimedgoiania.coop.br ou www.unimed.coop.br, de acordo com a área de atuação do plano contratado, sendo que as informações poderão ser confirmadas através do SAC nos telefones: **(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 9.656/98:

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**.

9.4 - DA COPARTICIPAÇÃO

9.4.1 - ESTE PLANO TERÁ UMA COPARTICIPAÇÃO NOS VALORES DAS CONSULTAS MÉDICAS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS E/OU NOS PROCEDIMENTOS REFERENTES A TERAPIAS, LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CONFORME ESTABELECIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO.

9.4.2 - A COPARTICIPAÇÃO CONSISTE NO PAGAMENTO PELO CONTRATANTE À CONTRATADA, DE UMA PARTE DA DESPESA ASSISTENCIAL APÓS A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S), ESTIPULADA PREVIAMENTE EM VALOR FIXO OU PERCENTUAL, E DEFINIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO, NO ATO DA CONTRATAÇÃO.

9.4.3 - O VALOR OU O PERCENTUAL DA COPARTICIPAÇÃO SERÁ DEFINIDO EM CONFORMIDADE COM O NORMATIVO ESPECÍFICO VIGENTE A ÉPOCA DA CONTRATAÇÃO E INCIDIRÁ SOBRE OS PROCEDIMENTOS SEMPRE QUE UTILIZADOS.

9.4.4 - O LIMITE MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO DEFINIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO SERÁ APLICADO POR PROCEDIMENTO REALIZADO, EXCLUSIVAMENTE PARA COBRANÇA DA COPARTICIPAÇÃO NAS CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS E/OU NAS TERAPIAS.

9.4.5 - A COPARTICIPAÇÃO TERÁ COMO BASE DE CÁLCULO AS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DA UNIMED GOIÂNIA, E, SEMPRE QUE HOUVER ALTERAÇÃO NOS VALORES DESTAS TABELAS, SERÁ AUTOMATICAMENTE APLICADO AO PLANO CONTRATADO.

CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 - Este plano será custeado em regime de PRÉ-PAGAMENTO, caracterizado pelo pagamento antes da utilização das coberturas contratadas pela pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

10.2 - A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** até a data do vencimento os valores de inscrição e mensalidades relacionados na Proposta de Adesão por cada beneficiário inscrito, além dos valores relativos à coparticipação para os procedimentos previstos nas condições gerais e Proposta de Adesão.

10.3 - Quando o expediente cair em dia em que não há expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.4 - Se a **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 **CONTRATADA** ou retirá-lo através da web site www.unimedgoiania.coop.br, sendo que a **CONTRATADA** disponibilizará para a **CONTRATANTE** login e senha para impressão dos documentos via web, para que não se sujeite às consequências de pagamento de multa e juros moratórios.

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

10.6 - 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.

10.7 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO DESTES 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 CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

10.8 - TODOS OS VALORES DEVIDOS POR PARCELAS DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS, DAS COPARTICIPAÇÕES, AGRAVOS, OU QUAISQUER OUTRAS DESPESAS DECORRENTES DO CONTRATO CONSTITUEM DÍVIDA LÍQUIDA E CERTA DE RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE, PASSÍVEL DE EXECUÇÃO, MESMO APÓS A RESCISÃO DO CONTRATO.

CLÁUSULA XI - REAJUSTE

11.1 PARA CONTRATOS COM MAIS DE 29 BENEFICIÁRIOS

11.1 - Os valores previstos na Proposta de Adesão foram prestabelecidos 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.

11.1.2 - Anualmente serão aplicados os reajustes econômico e/ou técnico conforme estabelecido nesta cláusula.

11.1.2 – REAJUSTE ECONÔMICO

11.1.2.1 - Os valores das mensalidades e tabela de preços serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses**. Na falta da divulgação do **índice 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.

11.1.2.2 - 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.

11.1.3 - REAJUSTE TÉCNICO

11.1.3.1 - O reajuste técnico será aplicado caso a sinistralidade (S) seja superior a meta de sinistralidade (S_m) de **75% (setenta e cinco por cento)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

11.1.3.2 - 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:

$$R_t = (S + S_m) - 1$$

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% (setenta e cinco por cento)**.

11.1.4 – DISPOSIÇÕES GERAIS PARA O REAJUSTE

11.1.4.1 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

11.1.4.2 - O presente contrato não receberá 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.

11.1.4.3 - 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.

11.1.4.4 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato.

11.2 REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

11.2.1 - O agrupamento dos contratos coletivos tem por finalidade a distribuição do risco inerente à operação dos planos de saúde para todo o grupo de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

11.2.1.2 - NÃO SERÁ INCLUÍDO NO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS O CONTRATO QUE NÃO ATENDER AOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA O AGRUPAMENTO, CASO EM QUE SERÁ APLICADO O REAJUSTE CONTRATUAL ANUAL PREVISTO NA CLÁUSULA "REAJUSTE" DO PRESENTE CONTRATO.

11.2.1.3 - A apuração da quantidade de beneficiários no contrato para a composição do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS será feita UMA ÚNICA VEZ POR ANO, no MÊS DE ANIVERSÁRIO de cada contrato ou no MÊS DA SUA CONTRATAÇÃO, se ainda não tiver feito aniversário.

11.2.2 - DO CÁLCULO DO REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS

11.2.2.1 - Os valores previstos na Proposta de Adesão foram preestabelecidos 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.

11.2.2.2 - Anualmente serão aplicados os reajustes econômico e/ou técnico conforme estabelecido nesta cláusula.

11.2.3 - REAJUSTE ECONÔMICO

11.2.3.1 - Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice **PCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses** consecutivos entre o mês de **MARÇO e FEVEREIRO** subsequente, sendo este o período de cálculo do percentual de reajuste.

11.2.3.2 - Na falta da divulgação do índice **PCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, será utilizado o 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.

11.2.3.3 - Caso o índice adotado acumular saldo negativo nos 12 (doze) meses de cálculo, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o Reajuste Técnico, se for o caso.

11.2.4 - REAJUSTE TÉCNICO

11.2.4.1 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, os contratos que a integram receberão o Reajuste Técnico, de acordo com a sinistralidade apurada na carteira, que complementará o Reajuste Econômico previsto neste contrato, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.2.4.2 - O desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS ultrapassar a meta de sinistralidade (S_m), fixada em **75% (setenta e cinco por cento)**, cuja base é a proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas Diretas da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando por base os meses de **MARÇO e FEVEREIRO** do ano subsequente.

11.2.4.3 - Neste caso, para o cálculo do percentual do Reajuste Técnico será aplicada a seguinte fórmula:

$$RT = (S + S_m) - 1$$

Onde:

$$S = (CD - C) + R$$

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 da carteira expressa em todos os contratos da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS, correspondente a **75% (setenta e cinco por cento)**.

11.2.5 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A APLICAÇÃO DOS REAJUSTES AO AGRUPAMENTO

11.2.5.1 - Nenhum contrato receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998.

11.2.5.2 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários no contrato, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

11.2.5.3 - O percentual de reajuste obtido será aplicado no mês de aniversário do contrato integrante da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, no período compreendido a partir do mês de MAIO até ABRIL imediatamente posterior ao período de cálculo do índice de reajuste.

11.2.5.4 - Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS da operadora é tratada de forma unificada, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

11.2.5.5 - O percentual de reajuste será único para todos os beneficiários do presente contrato e para todos os contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS.

11.2.5.6 - O reajuste a ser aplicado aos contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet, a partir do primeiro dia útil do mês de Maio de cada ano, conforme determinado pela norma em vigor.

11.2.5.7 - O percentual de reajuste aplicado será informado também no boleto e na fatura de cobrança.

11.2.5.8 - Serão ainda devidamente identificados no Portal Corporativo da operadora da Internet os contratos e seus respectivos planos que receberão o reajuste no período de aplicação.

CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

12.1 – As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e percentuais de reajuste:

- a) 1ª - de 0 (zero) 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 – 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.

12.2.1 - 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-se os seguintes critérios:

- a) O valor fixado para a última faixa não é 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 é superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 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 A 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) ÓBITO DO TITULAR;**
- b) RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO;**
- c) PELA PERDA DO VÍNCULO COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE;**
- d) FRAUDE PRATICADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, APURADA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.**

13.3 - OS DEPENDENTES PERDERÃO A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS NAS SEGUINTESS 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 DA WEB SITE OU OUTRO MEIO ELETRÔNICO PADRONIZADO PELA CONTRATADA, OU AINDA ATRAVÉS DE PLANILHAS FORNECIDAS PELA CONTRATADA, 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 SEGUINTESS 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 NOS SEGUINTE CASOS:

A) QUANDO DE DOLO OU FRAUDE COMPROVADA;

B) DE TOTAL INEXISTÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS CADASTRADOS NO PLANO CONTRATADO APÓS 30 (TRINTA) DIAS DE SUA ASSINATURA; E/OU

C) REDUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS ATIVOS NO PLANO, CONFORME ESTABELECIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO PARA MANUTENÇÃO DESTES CONTRATOS.

14.2 - O ATRASO NO PAGAMENTO DA MENSALIDADE, PELA CONTRATANTE, POR UM PERÍODO SUPERIOR A 30 (TRINTA) DIAS, IMPLICA NA SUSPENSÃO DO DIREITO DO BENEFICIÁRIO TITULAR E DE SEUS DEPENDENTES A QUALQUER COBERTURA.

14.3 - 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 DIA DO RECEBIMENTO DA NOTIFICAÇÃO DE CANCELAMENTO.

14.3.1 DURANTE O PRAZO PREVISTO NO ITEM DA CLÁUSULA 14.3, NÃO SERÁ ADMITIDA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS.

14.4 - 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 DESTES CONTRATOS, 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.

14.5 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A RESCISÃO DESTES CONTRATOS APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

14.6 - 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.

14.7 - É DE RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE, NO CASO DE RESCISÃO DESTES CONTRATOS, RECOLHER E DEVOLVER OS RESPECTIVOS CARTÕES MAGNÉTICOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA.

CLÁUSULA XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - 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.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

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.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

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.

ANTICONCEPÇÃO: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

ÁREA DE ATUAÇÃO: especificação dos municípios onde haverá garantia da cobertura assistencial, 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 CLÍNICO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

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 exequíveis 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 consequências.

ATIVIDADES EDUCACIONAIS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

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.

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.

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

CONCEPÇÃO: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto.

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 terá prazo definido pelo médico que o atender, para retornar sua visita para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento, a contar da data da consulta inicial.

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. Equivale à mensalidade.

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.

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

DENÚNCIA: manifestação unilateral da vontade de extinguir, de não continuar a relação contratual com prazo indeterminado.

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.

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

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 consequências 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. Acontecimento, eventualidade, ocorrência.

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, titular e seus dependentes.

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.

MECANISMO DE REGULAÇÃO: meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras com a finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde.

MEDICAMENTO ADJUVANTE: medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

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 a 37ª (trigésima sétima) e 42ª (quadragésima segunda) semanas após a concepção do feto, estando este formado, maduro e pronto para a vida extrauterina.

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

PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE: período compreendido entre os meses de Maio a Abril em que é aplicado o percentual de reajuste calculado aos contratos da carteira de agrupamento de contratos, sendo esse período posterior ao de cálculo do percentual de reajuste.

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de contratos de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
Plano Coletivo por Adesão - Uniadesão Cooperativo - Apartamento**

PERÍODO DE CÁLCULO DO PERCENTUAL DE REAJUSTE: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste no Portal Corporativo.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

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

PRÉ-PAGAMENTO: pagamento realizado antes da utilização dos serviços contratados através de contraprestações pecuniárias preestabelecidas.

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.

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

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, quando referentes às Doenças e Lesões Preexistentes, que constarem em cláusula específica e terem sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

PROCEDIMENTO: 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.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento validado pelas partes contratantes e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção contratada pela CONTRATANTE, firmando estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

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

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

REAJUSTE ECONÔMICO: é o aumento da mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em contrato.

REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

REDE CREDENCIADA: conjunto de estabelecimentos de saúde, próprios ou contratados, para a prestação assistencial aos beneficiários, dentro da área de atuação do plano contratado.

RESCISÃO: supressão da relação contratual por uma das partes, devido ao descumprimento de uma obrigação contratual.

RESILIÇÃO: dissolução de contrato, por qualquer das partes ou por acordo de ambas as partes.

RESOLUÇÃO: dissolução do contrato, por condenação judicial, motivada pelo descumprimento de uma das partes de qualquer uma de suas cláusulas vigentes.

ROL DE PROCEDIMENTOS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento definidos pela ANS, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento, que se constitui no rol exaustivo de coberturas contratadas.

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: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários durante o período analisado.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE e ao Beneficiário Titular, vinculadas através de contrato particular, para a prestação dos serviços aos beneficiários, quando fora da área de atuação de sua Unimed de origem, observado o disposto neste instrumento para o Atendimento Eletivo e/ou de Urgência e Emergência.

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.

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

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

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.

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

6 - 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 GOIÂNIA;**

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 GOIÂNIA;**

d) **TAXAS E DIÁRIAS HOSPITALARES - Tabela da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG) e/ou AHPACEG (Associação dos Hospitais de Alto Custo no Estado de Goiás) definida em contrato com a UNIMED GOIÂNIA;**

e) **MATERIAIS E MEDICAMENTOS - Tabela de Preços UNIMED GOIÂNIA;**

f) **PACOTES - Conforme composição de itens e valores estabelecidos pela UNIMED GOIÂNIA.**

7 - 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.**

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
Plano Coletivo por Adesão - Uniadesão Cooperativo - Apartamento**

8 - Fazem parte do presente instrumento todos e quaisquer documentos entregues aos beneficiários na ocasião de sua assinatura e que sejam pertinentes ao plano de saúde adquirido, tais como:

- a) Guia Médico;
- b) Proposta de Adesão;
- c) Guia de Leitura Contratual - GLC;
- d) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;
- e) Tabela de preços, quando for o caso;
- f) Declaração de Saúde, quando for o caso.

CLÁUSULA XVI - ELEIÇÃO DE FORO

16.1 - Fica definido como foro o município de domicílio do **CONTRATANTE**, 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, 10 de Fevereiro de 2017. *hoje dataz*

U. Assis e Coimbra
Prof. Flávio Alves da Silva
 ADDFG - Sindicato
 Diretor Presidente
 CONTRATANTE

Alvani Ferreira da Silva
 Gerente de Mercado
 Unimed Goiânia - ADM
 CONTRATADA

| TESTEMUNHAS | |
|---|---|
| 1. | 2. |
| Paulo Roberto dos Santos Junior CPF: 036.717.321-00 RG: 4606392 DGPC GO | <i>Alina Gonçalves do Nascimento</i> CPF: 989.446.571-49 RG: 4194051 SSP GO |
| 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 E NÃO SERÁ COMPLEMENTADO CASO AS DESPESAS FUNERAIS SEJAM SUPERIORES AO VALOR ESTIPULADO.

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 consequentes 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 E ESPECIFICADOS NESTE BENEFÍCIO 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 SEGUINTE:

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 atuação do plano de assistência à saúde contratado.

SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS

11.7 - DA RESPONSABILIDADE

1.7.1 - Em todos os casos, a responsabilidade ou obrigação da UTI MÓVEL TERRESTRE cessará, total e automaticamente, qualquer que seja sua natureza, uma vez assistido e/ou estabilizado o paciente ou no momento em que chegar ao local indicado para seu tratamento hospitalar, passando a ficar aos cuidados do médico que o venha a atender.

1.7.2 - A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pela continuidade do tratamento do paciente removido pela UTI MÓVEL TERRESTRE, no que se refere a procedimentos previstos em seu contrato de Assistência Médica e Hospitalar celebrado com o **CONTRATANTE**.

1.8 - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

1.8.1 - NÃO ESTÃO INCLUSOS NA COBERTURA DO SERVIÇO DE UTI MÓVEL TERRESTRE, OS SEGUINTE CASOS:

a) **BUSCA;**

b) **DOENÇAS, LESÕES E QUAISQUER EFEITOS MÓRBIDOS DECORRENTES DE ATOS ILÍCITOS OU DE RISCO CONSCIENTE PROVOCADOS PELO BENEFICIÁRIO CADASTRADO POR INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, USO DE DROGAS, DE ENTORPECENTES OU PSICOTRÓPICOS, ATENTADO CONTRA A VIDA, CIRURGIAS NÃO ÉTICAS E/OU SUAS CONSEQUÊNCIAS, TAIS COMO, ABORTAMENTO PROVOCADO, ESTERILIZAÇÃO, MUDANÇA DE SEXO;**

c) **ATENDIMENTO EM CASOS DE CONFLITOS CALAMIDADE PÚBLICA, COMOÇÕES INTERNAS, GUERRAS, REVOLUÇÕES, EPIDEMIAS, ENVENENAMENTO COLETIVO OU QUALQUER OUTRA CAUSA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO, INCLUSIVE, DECORRENTES DE RADIAÇÃO E/OU EMANAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES, SALVO ACIDENTES LOCALIZADOS E ISOLADO;**

d) **PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS EM TRATAMENTO AMBULATORIAL, TAIS COMO FISIOTERAPIA, HEMODIÁLISE, EXAMES SUBSIDIÁRIOS E CONSULTAS;**

e) **ATENDIMENTO PARA CONSULTA AMBULATORIAL E CONTROLE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL;**

f) **PACIENTES CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONTINUADO, SEM AGUDIZAÇÃO DO PROCESSO;**

g) **DISTÚRBIOS NEURO-VEGETATIVOS;**

h) **TRABALHO DE PARTO SALVO SITUAÇÃO DE RISCO PARA A MÃE E/OU BEBÊ;**

i) **TRANSPORTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES;**

j) **QUAISQUER OUTROS SERVIÇOS NÃO PREVISTOS NA COBERTURA CONTRATADA.**

2 - UTI MÓVEL AÉREA

2.1 - DO SERVIÇO

2.1.1 - Com a contratação do presente serviço o beneficiário paciente e/ou seu responsável, **AUTORIZA** desde já a **CONTRATADA** a executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, inclusive cirúrgica, tratamentos e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do paciente e a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico.

2.1.2 - Nenhum ato em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica – Código de Ética Médica será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da CONTRATADA. Os beneficiários pacientes submetidos voluntariamente a tais atos não terão cobertura de transporte aéreo, pelo presente contrato.

2.1.3 - Em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica do beneficiário paciente, deterioração das condições de aeronavegabilidade e/ou atmosféricas, defeito da aeronave e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a tripulação, o médico e a enfermagem de bordo, deslocar o beneficiário paciente ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente, ao pouso seguro e à segurança do voo.

2.2 - DO ATENDIMENTO

2.2.1 - Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente à Central de Atendimento, **através do telefone fornecido ao CONTRATANTE pela CONTRATADA, EXCLUSIVAMENTE PELO MÉDICO QUE ESTIVER ATENDENDO O BENEFICIÁRIO.**

2.2.2 - Caberá à empresa contratada pela Unimed Goiânia para prestar o serviço de transporte aéreo, a definição pelo tipo de transporte que encaminhará para atendimento, considerando as suas disponibilidades, as condições de aeronavegabilidade e da infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas e a remoção simples, que terá acompanhamento médico, até o local mais apropriado ou indicado, observando os direitos e obrigações contratuais.

2.2.3 - O transporte pela UTI MÓVEL AÉREA será realizado somente quando a distância entre os dois locais for superior a 50 km (cinquenta quilômetros) e EXCLUSIVAMENTE na hipótese: inter-hospitalares – de um hospital de menos recurso para outro mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, após indicação médica.

2.3 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO

2.3.1 - OS BENEFICIÁRIOS TERÃO ACESSO AO SERVIÇO ORA CONTRATADO APÓS O CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS A CONTAR DA SUA INCLUSÃO, OBSERVANDO O PERÍODO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA CELEBRADO COM A CONTRATADA.

2.4 - DA COBERTURA

2.4.1 - Para atendimento aos serviços ora contratados, é necessário que o paciente apresente pelo menos um dos seguintes quadros clínicos:

- I - traumatismo ocular grave, com possibilidade de perda da visão;
- II - traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;
- III - embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
- IV - choque cardiogênico, que necessite de internação em UTI com mais recursos;
- V - cirurgia cardíaca;
- VI - pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- VII - queimaduras – (elétricas, térmicas e químicas) – com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);

- VIII - angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem, não houver condições para tal;
- IX - aneurisma dissecante de aorta, que necessite de UTI;
- X - hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite UTI e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada;
- XI - insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XII - pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XIII - trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- XIV - asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- XV - insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- XVI - insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XVII - hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XVIII - estado de mal epiléptico, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XIX - assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- XX - politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais), quando no local não haja condições para tal procedimento;
- XXI - fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXII - fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXIII - traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXIV - intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXV - afogamento, que necessite de assistência ventilatória e UTI;
- XXVI - amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
- XXVII - infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;
- XXVIII - picada de animais peçonhentos, com risco de vida, e que necessite de UTI.

2.5 - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

2.5.1 - NÃO ESTÃO INCLUSOS NA COBERTURA DO SERVIÇO DE UTI MÓVEL AÉREA, OS SEGUINTE CASOS:

- a) COMA IRREVERSÍVEL QUANDO DECLARADO PELO MÉDICO ASSISTENTE;**
- b) QUADRO SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS (FASE TERMINAL);**

- c) **PACIENTES SUBMETIDOS A ATOS MÉDICOS EXPERIMENTAIS EM DESACORDO COM O CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA;**
- d) **QUAISQUER OUTROS SERVIÇOS NÃO PREVISTOS NA COBERTURA CONTRATADA.**

2.5.2 - As aeronaves disponibilizadas para o CONTRATANTE não terão peça para próteses, porém estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

2.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA

2.6.1 - O serviço ora contratado será prestado em todo território brasileiro.

2.6.2 - O TRANSPORTE AÉREO SERÁ ASSEGURADO SOMENTE QUANDO A LOCALIDADE DE ORIGEM DO PACIENTE ULTRAPASSAR 50 KM (CINQUENTA QUILOMETROS) DO HOSPITAL DE DESTINO.

2.6.3 - Nas demais localidades, o transporte aéreo será de inteira responsabilidade do beneficiário paciente e/ou seu(s) responsável(eis) legal(ais), não cabendo qualquer responsabilidade à **CONTRATADA**.

2.7 - DA RESPONSABILIDADE

2.7.1 - A **CONTRATADA** não se responsabilizará civil ou criminalmente por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por beneficiários transportados pela empresa prestadora de serviços contratada, que mantém seguro para cobertura destes sinistros.

2.7.2 - A **CONTRATADA** somente se responsabilizará pela continuidade do tratamento do paciente removido e transportado pela **UTI MÓVEL AÉREA**, no que se refere a procedimentos previstos em seu contrato de Assistência Médica e Hospitalar celebrado com a **CONTRATADA**.

3 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DA UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA

3.1 - OS PREÇOS PREVISTOS NESTE CONTRATO SERÃO REAJUSTADOS ANUALMENTE CONSIDERANDO-SE OS FATORES ABAIXO RELACIONADOS, ISOLADOS OU CONCOMITANTEMENTE, CASO VENHAM A AFETAR O EQUILÍBRIO ECONÓMICO E FINANCEIRO DO CONTRATO:

- a) **ÍNDICE DE REAJUSTE AUTORIZADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR PARA AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE;**
- b) **ELEVAÇÃO DE PREÇOS DOS COMPONENTES DO CUSTO;**
- c) **SE, POR QUALQUER MOTIVO, A CONTRATADA NÃO PUDER PRATICAR O REAJUSTAMENTO NOS TERMOS DOS ITENS ANTERIORES, A MENSALIDADE SERÁ REAJUSTADA, NA PERIODICIDADE LEGAL, PELA VARIAÇÃO DO IGP-M (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO), DIVULGADO PELA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, OU, NA FALTA DESTA, POR OUTRO ÍNDICE QUE REFLITA A PERDA DO PODER AQUISITIVO DA MOEDA DO PERÍODO.**

3.2 - A **CONTRATADA** emitirá documento hábil para o pagamento das mensalidades dos serviços ora contratados através de fatura própria.

3.2.1 - As mensalidades devem ser quitadas até a data do seu vencimento, conforme definido quando da contratação, na rede bancária estabelecida.