



Proposta de Adesão - Coletivo Por Adesão



CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL Unimed Goiânia Cooperativa De Trabalho Médico		NOME FANTASIA Unimed Goiânia	CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS Cooperativa Médica		
CNPJ 02.476.067/0001-22	INSCRIÇÃO ESTADUAL Isento	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 028546-3	REG. NA JUCEG 52.40000826-5	REG. NA ANS Nº 382876	CRM 232
ENDEREÇO Praça Gilson Alves de Souza nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)				BAIRRO Setor Bueno	
CIDADE Goiânia	UF GO	CEP 74.210 - 250	TELEFONE (62) 3216-8000 / 0800 642 8008		

DADOS DA CONTRATANTE

Nº CONTRATO	EMPRESA	RAZÃO SOCIAL SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO			ABERTURA 11/03/1980	
NOME FANTASIA ADUFG SINDICATO				CNAE 94.20-1-00		
CNPJ / CEI 02.721.652/0001-40		NATUREZA JURÍDICA 3131		SITUAÇÃO ATIVA		
CEP 74.643-080	ENDEREÇO AVENIDA NONA AVENIDA		COMPLEMENTO		NÚMERO 193	
BAIRRO SETOR LESTE VILA NOVA			CIDADE GOIÂNIA		UF GO	
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL		DDD	COMERCIAL	DDD	CELULAR
			(62)	3202-1280		
E-MAIL danielle@adufg.org.br			INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0500410		INSCRIÇÃO ESTADUAL 10.323.564-7	
CEP 74.643-080	ENDEREÇO (CORRESPONDÊNCIA) AVENIDA NONA AVENIDA		COMPLEMENTO 0		NÚMERO 193	
BAIRRO SETOR LESTE VILA NOVA			CIDADE GOIÂNIA		UF GO	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA CONTRATANTE

NOME GECI JOSE PEREIRA DA SILVA				CARGO DIRETOR PRESIDENTE	
REGISTRO GERAL 2359277	ORGÃO EMISSOR SESP GO	CPF 427.595.951-53	DATA NASCIMENTO 03/05/1967	DDD (62)	TELEFONE 3202-1280
NOME				CARGO	
REGISTRO GERAL	ORGÃO EMISSOR	CPF	DATA NASCIMENTO	DDD	TELEFONE

PESSOA PARA CONTATO

NOME DANIELLE CARDOSO			DEPTO. (SETOR) COORD DE PLANOS	DDD (62)	TELEFONE 99945-8903
--------------------------	--	--	-----------------------------------	-------------	------------------------

DADOS DO PLANO

TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO	NOME COMERCIAL E ACOMODAÇÃO ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO		CONDIÇÕES GERAIS 3ª EDIÇÃO - AGO/2020	CODIGO PLANO		
REGISTRO NA ANS 479.421/17-4	TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA		DATA DE INICIO VIGÊNCIA 10/04/2023			
DIA EMISSÃO DE FATURA 29	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL 20		DIA DE VENCIMENTO DA FATURA 15			
Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração


Proposta de Adesão - Coletivo Por Adesão


CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 31ª DIÁRIA) COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL: SIM
---	---

COPARTICIPAÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA

30% EM CONSULTAS, EXAMES E TERAPIAS

LIMITE MÁXIMO DE COOPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO R\$ 150,00 (CENTO E CINQUENTA REAIS)	FORMAÇÃO DE PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO	FRANQUIA SIM, NO VALOR DE: R\$ 0,00
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (OPCIONAL) -	TIPO DE ADESÃO SOS OPCIONAL POR FAMÍLIA	VALOR DO PRODUTO SOS (POR BENEFICIÁRIO) R\$ 10,90 (DEZ REAIS E NOVENTA CENTAVOS)
BENEFICIÁRIO CONTRIBUI NO PAGAMENTO -	TEM DS? -	TEM PORTABILIDADE? -
Nº DE BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO INICIAL		

PARA CONTRATOS EM CUSTO OPERACIONAL

MANUTENÇÃO MENSAL POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE :	TAXA ADMINISTRATIVA SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS DE :
--	--

AUTORIZAÇÃO DO CONTRATANTE PARA A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

-

DAS FAIXAS ETÁRIAS, ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO e TABELA DE COPARTICIPAÇÕES

As faixas etárias para cálculo e definição dos valores das contraprestações pecuniárias deste plano, bem como o percentual de variação de cada faixa em relação aquela imediatamente anterior, são as seguintes:

TABELA DE COPARTICIPAÇÕES		FAIXAS ETÁRIAS	VALOR ACOMODAÇÃO	% VARIÇÃO
Consulta Eletiva:	30.0%	0 ATÉ 18 ANOS	R\$ 234,76	0,00%
Consulta PA:	30.0%	19 ATÉ 23 ANOS	R\$ 288,73	22,99%
Exames Simples:	30.0%	24 ATÉ 28 ANOS	R\$ 325,66	12,79%
Exames Especiais:	30.0%	29 ATÉ 33 ANOS	R\$ 369,36	13,42%
Terapias Simples:	30.0%	34 ATÉ 38 ANOS	R\$ 421,00	13,98%
Terapias Especiais:	30.0%	39 ATÉ 43 ANOS	R\$ 493,16	17,14%
		44 ATÉ 48 ANOS	R\$ 640,52	29,88%
		49 ATÉ 53 ANOS	R\$ 832,23	29,93%
		54 ATÉ 58 ANOS	R\$ 1.081,65	29,97%
		59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.408,42	30,21%

A mudança de faixa etária definida na tabela acima, em razão do aniversário do(s) beneficiário(s) inscrito(s) nesse contrato, ensejará alteração e majoração da contraprestação pecuniária, passando para a faixa imediatamente a seguir.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) nº 13.709/2018, a finalidade da coleta e tratamento dos dados aqui dispostos é atender à exigência da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) de acordo com o Artigo 7º, II:

O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

II - Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador.

E para fins de formalização do contrato com a CONTRATADA com base legal no Artigo 7º, V:

V - Quando necessário para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, a pedido do titular dos dados;

10 DE OUTUBRO DE CADA ANO É CONSIDERADO COMO DATA BASE PARA A APLICAÇÃO DAS ATUALIZAÇÕES REVISÕES E ALTERAÇÕES DOS VALORES DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS DO CONTRATO, BEM COMO EVENTUAIS VALORES DE LIMITE DE COPARTICIPAÇÃO, UNIFICADO NESTE ATO A APLICAÇÃO DE REAJUSTE DESTE CONTRATO AO DO GRUPO EMPRESARIAL E/OU CONTRATO SIND DOS DOC UNIV FED GOIAS ADUFG SIND SGU

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais que a tal obriguem. Fica definido como foro o município sede do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE

DECLARO para todos os fins, que estou ciente que a cobertura assistencial será prestada pela **CONTRATADA** dentro da **ÁREA DE ATUAÇÃO** definida nas Condições Gerais do plano contratado. Tenho conhecimento que o Guia Médico está disponível no Portal em: www.unimedgoiania.coop.br/wps/portal/internet/servicos-online/guia-medico.

DECLARO estar ciente que o valor das mensalidades deste contrato foi elaborado de acordo com a quantidade de beneficiários e suas faixas etárias apresentadas à **CONTRATADA**, e, caso seja comprovada a variação superior a 5% (cinco por cento) para mais ou para menos na quantidade total de beneficiários inscritos no plano, a **CONTRATADA** poderá promover a readequação dos preços do contrato, **ENSEJANDO** nova elaboração de proposta de preços e a consequente assinatura de novo contrato de plano de saúde de acordo com a efetiva quantidade de beneficiários.

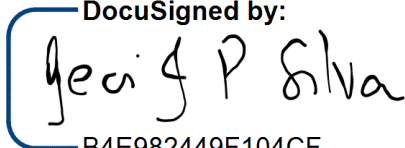
AUTORIZO o recebimento de informativos por e-mail.

DECLARO ainda que optei por receber por mídia digital, da Unimed Goiânia, os seguintes materiais:

1. Dispositivos Contratuais referentes ao plano de assistência à saúde ora contratado, tendo ciência de que os mesmos são parte integrante do presente contrato;
2. Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

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

DocuSigned by:



B4E982449F104CF...

SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO

02.721.652/0001-40

CONTRATANTE



Exclusivamente p/ contratos de planos de saúde Unimed Goiânia

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO

02.476.067/0001-22

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1- DocuSigned by:

Adriane Marques Mendes Noletto
CPF: 818.807.741-00
RG: 3554627 SSP-GO

FD615C185F99490...

NOME:

CPF :

2- DocuSigned by:

Jordana Nunes de O. Nogueira
CPF: 009.696.911-30
Rg. 4696581 SSP/GO

8D1CCF11B58548D...

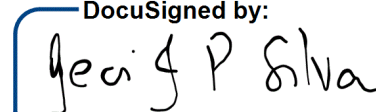
NOME:

CPF :

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE - UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA

Declaro para todos os fins, que optei pela não contratação dos serviços UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA.

DocuSigned by:


B4E982449F104CF...
DECLARANTE

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO : NOME DO VENDEDOR :

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração



Declaração de Plano Referência



CÓDIGO - FORM 20.113 E

REVISÃO - Nº 03

Declaro para todos os efeitos legais que a Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico me ofereceu o **Plano Referência (Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia) em acomodação Enfermaria**, o qual atende a exigência da Lei 9.656/98 e resoluções editadas pela ANS, e que mesmo esclarecido (a) e ciente da disponibilidade do Plano Referência, **NÃO OPTEI POR ESTE PRODUTO**.

FAÇO A **OPÇÃO**, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado **"ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO"**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **"479.421/17-4"**, por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

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

DocuSigned by:

SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO
02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

Exclusivamente p/ contratos de planos de saúde Unimed Goiânia
UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
02.476.067/0001-22
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1- DocuSigned by: Adriane Marques Mendes Noleto CPF: 818.807.741-00 RG: 3554627 SSP-GO FD615C185F99490...	2- DocuSigned by: Jordana Nunes de O. Nogueira CPF: 009.696.911-30 Rg. 4696581 SSP/GO 8D1CCF11B58548D
NOME:	NOME:
CPF :	CPF :

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO :	NOME DO VENDEDOR :
----------	--------------------

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Disposição
06/01/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

Termo de Conhecimento e Orientações Contratuais



CÓDIGO - FORM 20.080 E

REVISÃO - Nº 03

EMPRESA: SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO

- Beneficiários Titulares e Dependentes - plano não aceita agregados (conforme condições gerais);
- Coberturas contratuais (conforme condições gerais do contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS);
- Carências Contratuais: consultas, exames, internações, cirurgias, urgência/emergência, por Tipo de Contratação;
- Alteração de Acomodação - Enfermaria para Apartamento, e o cumprimento de 180 dias de carências. Os valores da nova contratação serão de acordo com a tabela vigente à época da contratação;
- Declaração de Saúde e Prazos para a Cobertura Parcial Temporária - CPT e Doença ou Lesões Preexistentes - DLP;
- Declaração de Ciência do Termo de Inequívoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias no Relacionamento Comercial com a Unimed Goiânia;
- Da coparticipação (percentuais, limites de cobrança por procedimento e prazos), bem como nas **Internações Psiquiátricas a partir do 31º dia de internação (50% do valor das diárias excedentes)**;
- Área de Atuação do Plano Contratado (conforme condições gerais);
- É **vedado contratualmente** o atendimento nos prestadores de **Alto Custo e de Tabela Própria**;
- Prazos para inclusão de beneficiários: Conforme definido nas Condições Gerais, por Tipo de Contratação;
- As Movimentações de beneficiários (inclusão e exclusão) serão realizadas via WEB/Internet pelo Contratante. O setor de cadastro disponibilizará uma carta de boas vindas, onde constam todas as informações para realização dessas movimentações;
- Data de **Vencimento da Fatura** será igual a data de **Vigência Contratual**. A fatura pode ter vencimento diferente da vigência em até 15 (quinze) dias, desde que seja no mesmo mês de vigência. Devido ao fato do plano de saúde ser em pré-pagamento, poderá ocorrer atraso na **emissão da 1ª fatura**, visto que a fatura somente será gerada quando todas as inclusões estiverem finalizadas no sistema da Contratada;
- Vigência por prazo indeterminado;
- O **Boleto de Cobrança Bancária, Demonstrativo de Cobrança, Resumo de Faturamento e Serviços Prestados** estarão disponíveis na **WEB/Internet** com antecedência de **08 dias** do vencimento, devendo ser **impresso o boleto e pago** pelo Contratante, **exclusivamente na rede bancária**. A Contratada **não acata** pagamentos realizados **via depósito em conta ou transferência bancária** para liquidação de faturas. Caso o Contratante não retire e efetue o pagamento da fatura até o seu vencimento, estará sujeito ao pagamento de juros e multa após vencimento;
- A **Nota Fiscal** estará disponível no portal com até 5 dias de antecedência ao vencimento do boleto;
- Para os atendimentos o beneficiário deverá apresentar o cartão virtual de identificação que consta no app da Unimed Goiânia e documento com foto;
- O ônus pela emissão do Cartão Magnético será do Contratante;
- Atendimento no Centro de Especialidades Unimed: de 2ª a 6ª feira das 8hs às 20hs; aos sábados das 8hs até às 13hs (é necessário o agendamento prévio);
- Como funciona o intercâmbio (autorizações/prazos/abrangência);
- Responsabilidade financeira da empresa;
- A Unimed Goiânia não emite declaração de pagamento para fins de **Imposto de Renda** ou qualquer declaração direta ao beneficiário para qualquer tipo de finalidade, visto que o contrato é direto com a empresa / entidade contratante;
- Os cartões de identificação virtual dos beneficiários deverão ser acessados através do APP da Unimed Goiânia;
- Empregado/titular ex-contratante com pendências no contrato anterior;
- Exclusão dos **INATIVOS** (Demitidos/Aposentados) por formulário disponibilizado pela Unimed Goiânia com ciência do beneficiário sobre o benefício e dos prazos de solicitação e de permanência como inativo;
- A implantação e entrega da documentação contratual será realizada pelo SETEMP - Setor de Relacionamento Empresarial via plataforma Docusing que ficará responsável pelo contrato na Unimed Goiânia;

Data de Aprovação: 28/06/2019

Página 1 de 2

GESPRO

Termo de Conhecimento e Orientações Contratuais



CÓDIGO - FORM 20.080 E

REVISÃO - Nº 03

- Empresário Individual - RN 432. Ciência da documentação exigida na contratação e da manutenção anual do contrato.
- Fui informado e esclarecido pelo consultor sobre o plano de saúde.
Dia: _____.
- Produtos comercializados pela Unimed Goiânia Corretora de Seguros Ltda;

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

DocuSigned by:

Georg P Silva

B4E982449F104CF

SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO
02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

DocuSigned by:

Adriane Marques Mendes Noleto
CPF: 818.807.741-00
RG: 3554627 SSP-GO

FD615C185F99490...

CONSULTOR DE VENDA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO :

NOME DO VENDEDOR :

Data de Aprovação: 28/06/2019

Página 2 de 2

GESPRO



www.unimedgoiania.coop.br
Praça Gilson Alves de Souza, nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)
74 210-250 - Setor Bueno, Goiânia - GO
T. (62) 3216-8000 / 0800 642 8008

CONTRATANTE: SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO, inscrito no CNPJ sob o nº 02.721.652/0001-40, identificado no contrato ora aditado e assinado nesta mesma data.

CONTRATADA: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.476.067/0001-22, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob n.º 382876, classificada naquela Agência como cooperativa médica, com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital.

Por este termo particular de ADITIVO CONTRATUAL Nº 01, as partes acima qualificadas, que a este subscrevem, acordam para o Contrato de Plano de Saúde Suplementar COLETIVO POR ADESÃO, denominado "ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO", registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº "479.421/17-4", mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - As partes alteram o item 9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO da CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO, bem como seus subitens e qualquer referência aos mesmos, que passa a vigor na seguinte redação:

9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

9.2.1 - A CONTRATADA disponibilizará ao beneficiário titular e respectivos dependentes o acesso ao cartão virtual 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.

9.2.1.1 - A CONTRATANTE poderá optar pelo cartão magnético de identificação individual impresso em meio físico, mediante solicitação junto à CONTRATADA e pagamento do ônus de impressão por unidade a ser cobrada em fatura, conforme preço vigente à época e informado no momento da solicitação.

9.2.1.2 - Quando da opção pelo cartão de identificação magnético físico, fica sob responsabilidade da CONTRATANTE acompanhar o vencimento da via deste cartão conforme data de validade definida no mesmo, e solicitar nova via junto à CONTRATADA mediante pagamento do ônus de impressão por unidade a ser cobrada em fatura, conforme preço vigente à época e informado no momento da solicitação.

9.2.2 - Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE enviar esforços juntos aos beneficiários com o objetivo de obter a devolutiva dos cartões magnéticos de identificação dos beneficiários à CONTRATADA, ficando o beneficiário responsável por quitar as despesas advindas de atendimento após sua exclusão, se comprometendo também a CONTRATANTE enviar todos os esforços para realizar a cobrança dos beneficiários.

9.2.3 - SERÁ DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE O ÔNUS PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO 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 dos canais de atendimento, ou ainda por escrito. O ônus da emissão de uma segunda via do cartão magnético de identificação individual do beneficiário impresso em meio físico será da CONTRATANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA - Ficam excluídos, no contrato COLETIVO POR ADESÃO, os itens 14.3; 14.4 e 14.6 da CLÁUSULA DE CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL, bem como qualquer referência aos mesmos.



www.unimedgoiania.coop.br
Praça Gilson Alves de Souza, nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)
74.210-250 - Setor Bueno, Goiânia - GO
T. (62) 3216-8000 / 0800 642 8008

CLÁUSULA TERCEIRA - Fica excluído o item 5.2, bem como qualquer referência ao mesmo, e altera-se o item 5.1 da CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO, passando a vigor com a seguinte redação:

5.1 - A VIGÊNCIA DO PRESENTE CONTRATO inicia-se a partir da data de sua assinatura pelo CONTRATANTE, permanecendo vigente por prazo indeterminado ou até que haja denúncia de uma das partes.

CLÁUSULA QUARTA - Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do contrato primitivo, não conflitantes com este termo aditivo, que passa a integrar o referido contrato.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

DocuSigned by:

B4E982449F104CF
SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO
02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed Goiânia

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
02.476.067/0001-22
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1- DocuSigned by: Adriane Marques Mendes Noleto CPF: 818.807.741-00 RG: 3554627 SSP-GO FD615C185F99490...	2- DocuSigned by: Jordana Nunes de O. Nogueira CPF: 009.696.911-30 Rg. 4696581 SSP/GO 8D1CCF11B58548D...
NOME:	NOME:
CPF :	CPF :



Proposta de Adesão - Coletivo Por Adesão



CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL Unimed Goiânia Cooperativa De Trabalho Médico		NOME FANTASIA Unimed Goiânia	CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS Cooperativa Médica		
CNPJ 02.476.067/0001-22	INSCRIÇÃO ESTADUAL Isento	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 028546-3	REG. NA JUCEG 52.40000826-5	REG. NA ANS Nº 382876	CRM 232
ENDEREÇO Praça Gilson Alves de Souza nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)				BAIRRO Setor Bueno	
CIDADE Goiânia	UF GO	CEP 74.210 - 250	TELEFONE (62) 3216-8000 / 0800 642 8008		

DADOS DA CONTRATANTE

Nº CONTRATO	EMPRESA	RAZÃO SOCIAL SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO			ABERTURA 11/03/1980
NOME FANTASIA ADUFG SINDICATO				CNAE 94.20-1-00	
CNPJ / CEI 02.721.652/0001-40		NATUREZA JURÍDICA 3131			SITUAÇÃO ATIVA
CEP 74.643-080	ENDEREÇO AVENIDA NONA AVENIDA		COMPLEMENTO		NÚMERO 193
BAIRRO SETOR LESTE VILA NOVA			CIDADE GOIÂNIA		UF GO
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL		DDD (62)	COMERCIAL 3202-1280	DDD CELULAR
E-MAIL danielle@adufg.org.br			INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0500410		INSCRIÇÃO ESTADUAL 10.323.564-7
CEP 74.643-080	ENDEREÇO (CORRESPONDÊNCIA) AVENIDA NONA AVENIDA		COMPLEMENTO 0		NÚMERO 193
BAIRRO SETOR LESTE VILA NOVA			CIDADE GOIÂNIA		UF GO

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA CONTRATANTE

NOME GECI JOSE PEREIRA DA SILVA				CARGO DIRETOR PRESIDENTE	
REGISTRO GERAL 2359277	ORGÃO EMISSOR SESP GO	CPF 427.595.951-53	DATA NASCIMENTO 03/05/1967	DDD (62)	TELEFONE 3202-1280
NOME				CARGO	
REGISTRO GERAL	ORGÃO EMISSOR	CPF	DATA NASCIMENTO	DDD	TELEFONE

PESSOA PARA CONTATO

NOME DANIELLE CARDOSO			DEPTO. (SETOR) COORD DE PLANOS	DDD (62)	TELEFONE 99945-8903
--------------------------	--	--	-----------------------------------	-------------	------------------------

DADOS DO PLANO

TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO	NOME COMERCIAL E ACOMODAÇÃO ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF		CONDIÇÕES GERAIS 3ª EDIÇÃO - AGO/2020	CODIGO PLANO		
REGISTRO NA ANS 479.415/17-0	TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA		DATA DE INICIO VIGÊNCIA 10/04/2023			
DIA EMISSÃO DE FATURA 29	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL 20		DIA DE VENCIMENTO DA FATURA 15			
Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração



Proposta de Adesão - Coletivo Por Adesão



CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 31ª DIÁRIA) COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL: SIM
---	---

COPARTICIPAÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA
30% EM CONSULTAS, EXAMES E TERAPIAS

LIMITE MÁXIMO DE COOPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO R\$ 150,00 (CENTO E CINQUENTA REAIS)	FORMAÇÃO DE PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO	FRANQUIA SIM, NO VALOR DE: R\$ 0,00
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (OPCIONAL) -	TIPO DE ADESÃO SOS OPCIONAL POR FAMÍLIA	VALOR DO PRODUTO SOS (POR BENEFICIÁRIO) R\$ 10,90 (DEZ REAIS E NOVENTA CENTAVOS)
BENEFICIÁRIO CONTRIBUI NO PAGAMENTO -	TEM DS? -	TEM PORTABILIDADE? -
Nº DE BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO INICIAL		

PARA CONTRATOS EM CUSTO OPERACIONAL

MANUTENÇÃO MENSAL POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE : TAXA ADMINISTRATIVA SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS DE :

AUTORIZAÇÃO DO CONTRATANTE PARA A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS
-

DAS FAIXAS ETÁRIAS, ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO e TABELA DE COPARTICIPAÇÕES

As faixas etárias para cálculo e definição dos valores das contraprestações pecuniárias deste plano, bem como o percentual de variação de cada faixa em relação aquela imediatamente anterior, são as seguintes:

TABELA DE COPARTICIPAÇÕES		FAIXAS ETÁRIAS	VALOR ACOMODAÇÃO	% VARIAÇÃO
Consulta Eletiva:	30.0%	0 ATÉ 18 ANOS	R\$ 187,80	0,00%
Consulta PA:	30.0%	19 ATÉ 23 ANOS	R\$ 230,98	22,99%
Exames Simples:	30.0%	24 ATÉ 28 ANOS	R\$ 260,52	12,79%
Exames Especiais:	30.0%	29 ATÉ 33 ANOS	R\$ 295,48	13,42%
Terapias Simples:	30.0%	34 ATÉ 38 ANOS	R\$ 336,79	13,98%
Terapias Especiais:	30.0%	39 ATÉ 43 ANOS	R\$ 394,52	17,14%
		44 ATÉ 48 ANOS	R\$ 512,40	29,88%
		49 ATÉ 53 ANOS	R\$ 665,76	29,93%
		54 ATÉ 58 ANOS	R\$ 865,29	29,97%
		59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.126,69	30,21%

A mudança de faixa etária definida na tabela acima, em razão do aniversário do(s) beneficiário(s) inscrito(s) nesse contrato, ensejará alteração e majoração da contraprestação pecuniária, passando para a faixa imediatamente a seguir.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) nº 13.709/2018, a finalidade da coleta e tratamento dos dados aqui dispostos é atender à exigência da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) de acordo com o Artigo 7º, II:

O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

II - Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador.

E para fins de formalização do contrato com a CONTRATADA com base legal no Artigo 7º, V:

V - Quando necessário para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, a pedido do titular dos dados;

10 DE OUTUBRO DE CADA ANO É CONSIDERADO COMO DATA BASE PARA A APLICAÇÃO DAS ATUALIZAÇÕES REVISÕES E ALTERAÇÕES DOS VALORES DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS DO CONTRATO, BEM COMO EVENTUAIS VALORES DE LIMITE DE COPARTICIPAÇÃO, UNIFICADO NESTE ATO A APLICAÇÃO DE REAJUSTE DESTE CONTRATO AO DO GRUPO EMPRESARIAL E/OU CONTRATO SIND DOS DOC UNIV FED GOIAS ADUFG SIND SGU

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais que a tal obriguem. Fica definido como foro o município sede do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE

DECLARO para todos os fins, que estou ciente que a cobertura assistencial será prestada pela **CONTRATADA** dentro da **ÁREA DE ATUAÇÃO** definida nas Condições Gerais do plano contratado. Tenho conhecimento que o Guia Médico está disponível no Portal em: www.unimedgoiania.coop.br/wps/portal/internet/servicos-online/guia-medico.

DECLARO estar ciente que o valor das mensalidades deste contrato foi elaborado de acordo com a quantidade de beneficiários e suas faixas etárias apresentadas à **CONTRATADA**, e, caso seja comprovada a variação superior a 5% (cinco por cento) para mais ou para menos na quantidade total de beneficiários inscritos no plano, a **CONTRATADA** poderá promover a readequação dos preços do contrato, **ENSEJANDO** nova elaboração de proposta de preços e a consequente assinatura de novo contrato de plano de saúde de acordo com a efetiva quantidade de beneficiários.

AUTORIZO o recebimento de informativos por e-mail.

DECLARO ainda que optei por receber por mídia digital, da Unimed Goiânia, os seguintes materiais:

1. Dispositivos Contratuais referentes ao plano de assistência à saúde ora contratado, tendo ciência de que os mesmos são parte integrante do presente contrato;
2. Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

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

DocuSigned by:



B4E982449F104CF...

SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO

02.721.652/0001-40

CONTRATANTE



**Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed Goiânia**

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO

02.476.067/0001-22

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1- DocuSigned by:

Adriane Marques Mendes Noieto
CPF: 818.807.741-00
RG: 3554627 SSP-GO

ED615C185E99490...

NOME:

CPF :

2- DocuSigned by:

Jordana Nunes de O. Nogueira
CPF. 009.696.911-30
Rg. 4696581 SSP/GO

8D1CGF11B58548D...

NOME:

CPF :

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE - UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA

Declaro para todos os fins, que optei pela não contratação dos serviços UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA.

DocuSigned by:



B4E982449F104CF...

DECLARANTE

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO :

NOME DO VENDEDOR :

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração



Declaro para todos os efeitos legais que a Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico me ofereceu o **Plano Referência (Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia) em acomodação Enfermaria**, o qual atende a exigência da Lei 9.656/98 e resoluções editadas pela ANS, e que mesmo esclarecido (a) e ciente da disponibilidade do Plano Referência, **NÃO OPTEI POR ESTE PRODUTO**.

FAÇO A **OPÇÃO**, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado **"ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF"**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **"479.415/17-0"**, por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

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

DocuSigned by:

B4E982449F104CF

SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO

02.721.652/0001-40

CONTRATANTE

Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed GoiâniaUNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO

02.476.067/0001-22

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1-	DocuSigned by: Adriane Marques Mendes Noleto CPF: 818.807.741-00 RG: 3554627 SSP-GO ED615C185F99490	2-	DocuSigned by: Jordana Nunes de O. Nogueira CPF: 009.696.911-30 Rg. 4696581 SSP/GO 8D1CCF11B58548D...
NOME:		NOME:	
CPF :		CPF :	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO :	NOME DO VENDEDOR :
----------	--------------------

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Disposição
06/01/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

Termo de Conhecimento e Orientações Contratuais



CÓDIGO - FORM 20.080 E

REVISÃO - Nº 03

EMPRESA: SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO

- Beneficiários Titulares e Dependentes - plano não aceita agregados (conforme condições gerais);
- Coberturas contratuais (conforme condições gerais do contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS);
- Carências Contratuais: consultas, exames, internações, cirurgias, urgência/emergência, por Tipo de Contratação;
- Alteração de Acomodação - Enfermaria para Apartamento, e o cumprimento de 180 dias de carências. Os valores da nova contratação serão de acordo com a tabela vigente à época da contratação;
- Declaração de Saúde e Prazos para a Cobertura Parcial Temporária - CPT e Doença ou Lesões Preexistentes - DLP;
- Declaração de Ciência do Termo de Inequívoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias no Relacionamento Comercial com a Unimed Goiânia;
- Da coparticipação (percentuais, limites de cobrança por procedimento e prazos), bem como nas **Internações Psiquiátricas a partir do 31º dia de internação (50% do valor das diárias excedentes)**;
- Área de Atuação do Plano Contratado (conforme condições gerais);
- É **vedado contratualmente** o atendimento nos prestadores de **Alto Custo e de Tabela Própria**;
- Prazos para inclusão de beneficiários: Conforme definido nas Condições Gerais, por Tipo de Contratação;
- As Movimentações de beneficiários (inclusão e exclusão) serão realizadas via WEB/Internet pelo Contratante. O setor de cadastro disponibilizará uma carta de boas vindas, onde constam todas as informações para realização dessas movimentações;
- Data de **Vencimento da Fatura** será igual a data de **Vigência Contratual**. A fatura pode ter vencimento diferente da vigência em até 15 (quinze) dias, desde que seja no mesmo mês de vigência. Devido ao fato do plano de saúde ser em pré-pagamento, poderá ocorrer atraso na **emissão da 1ª fatura**, visto que a fatura somente será gerada quando todas as inclusões estiverem finalizadas no sistema da Contratada;
- Vigência por prazo indeterminado;
- O **Boleto de Cobrança Bancária, Demonstrativo de Cobrança, Resumo de Faturamento e Serviços Prestados** estarão disponíveis na **WEB/Internet** com antecedência de **08 dias** do vencimento, devendo ser **impresso o boleto e pago** pelo Contratante, **exclusivamente na rede bancária**. A Contratada **não acata** pagamentos realizados **via depósito em conta ou transferência bancária** para liquidação de faturas. Caso o Contratante não retire e efetue o pagamento da fatura até o seu vencimento, estará sujeito ao pagamento de juros e multa após vencimento;
- A **Nota Fiscal** estará disponível no portal com até 5 dias de antecedência ao vencimento do boleto;
- Para os atendimentos o beneficiário deverá apresentar o cartão virtual de identificação que consta no app da Unimed Goiânia e documento com foto;
- O ônus pela emissão do Cartão Magnético será do Contratante;
- Atendimento no Centro de Especialidades Unimed: de 2ª a 6ª feira das 8hs às 20hs; aos sábados das 8hs até às 13hs (é necessário o agendamento prévio);
- Como funciona o intercâmbio (autorizações/prazos/abrangência);
- Responsabilidade financeira da empresa;
- A Unimed Goiânia não emite declaração de pagamento para fins de **Imposto de Renda** ou qualquer declaração direta ao beneficiário para qualquer tipo de finalidade, visto que o contrato é direto com a empresa / entidade contratante;
- Os cartões de identificação virtual dos beneficiários deverão ser acessados através do APP da Unimed Goiânia;
- Empregado/titular ex-contratante com pendências no contrato anterior;
- Exclusão dos **INATIVOS** (Demitidos/Aposentados) por formulário disponibilizado pela Unimed Goiânia com ciência do beneficiário sobre o benefício e dos prazos de solicitação e de permanência como inativo;
- A implantação e entrega da documentação contratual será realizada pelo SETEMP - Setor de Relacionamento Empresarial via plataforma Docusing que ficará responsável pelo contrato na Unimed Goiânia;

Data de Aprovação: 28/06/2019

Página 1 de 2
GESPRO

Termo de Conhecimento e Orientações Contratuais



CÓDIGO - FORM 20.080 E

REVISÃO - Nº 03

- Empregário Individual - RN 432. Ciência da documentação exigida na contratação e da manutenção anual do contrato.
- Fui informado e esclarecido pelo consultor sobre o plano de saúde.
Dia: _____.
- Produtos comercializados pela Unimed Goiânia Corretora de Seguros Ltda;

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

DocuSigned by:

Georg P Silva

B4E982449F104CF
SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO
02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

DocuSigned by:

Adriane Marques Mendes Noletto
CPF: 818.807.741-00
RG: 3554627 SSP-GO

FD615C185F99490...
CONSULTOR DE VENDA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO : NOME DO VENDEDOR :

Data de Aprovação: 28/06/2019

Página 2 de 2

GESPRO



www.unimedgoiania.coop.br
Praça Gilson Alves de Souza, nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)
74 210-250 - Setor Bueno, Goiânia - GO
T. (62) 3216-8000 / 0800 642 8008

CONTRATANTE: SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO, inscrito no CNPJ sob o nº 02.721.652/0001-40, identificado no contrato ora aditado e assinado nesta mesma data.

CONTRATADA: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.476.067/0001-22, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob n.º 382876, classificada naquela Agência como cooperativa médica, com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital.

Por este termo particular de ADITIVO CONTRATUAL Nº 01, as partes acima qualificadas, que a este subscrevem, acordam para o Contrato de Plano de Saúde Suplementar COLETIVO POR ADESÃO, denominado "ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF", registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº "479.415/17-0", mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - As partes alteram o item 9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO da CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO, bem como seus subitens e qualquer referência aos mesmos, que passa a vigor na seguinte redação:

9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

9.2.1 - A CONTRATADA disponibilizará ao beneficiário titular e respectivos dependentes o acesso ao cartão virtual 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.

9.2.1.1 - A CONTRATANTE poderá optar pelo cartão magnético de identificação individual impresso em meio físico, mediante solicitação junto à CONTRATADA e pagamento do ônus de impressão por unidade a ser cobrada em fatura, conforme preço vigente à época e informado no momento da solicitação.

9.2.1.2 - Quando da opção pelo cartão de identificação magnético físico, fica sob responsabilidade da CONTRATANTE acompanhar o vencimento da via deste cartão conforme data de validade definida no mesmo, e solicitar nova via junto à CONTRATADA mediante pagamento do ônus de impressão por unidade a ser cobrada em fatura, conforme preço vigente à época e informado no momento da solicitação.

9.2.2 - Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE enviar esforços juntos aos beneficiários com o objetivo de obter a devolutiva dos cartões magnéticos de identificação dos beneficiários à CONTRATADA, ficando o beneficiário responsável por quitar as despesas advindas de atendimento após sua exclusão, se comprometendo também a CONTRATANTE enviar todos os esforços para realizar a cobrança dos beneficiários.

9.2.3 - SERÁ DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE O ÔNUS PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO 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 dos canais de atendimento, ou ainda por escrito. O ônus da emissão de uma segunda via do cartão magnético de identificação individual do beneficiário impresso em meio físico será da CONTRATANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA - Ficam excluídos, no contrato COLETIVO POR ADESÃO, os itens 14.3; 14.4 e 14.6 da CLÁUSULA DE CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL, bem como qualquer referência aos mesmos.



www.unimedgoiania.coop.br
Praça Gilson Alves de Souza, nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)
74.210-250 - Setor Bueno, Goiânia - GO
T. (62) 3216-8000 / 0800 642 8008

CLÁUSULA TERCEIRA - Fica excluído o item 5.2, bem como qualquer referência ao mesmo, e altera-se o item 5.1 da CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO, passando a vigor com a seguinte redação:

5.1 - A VIGÊNCIA DO PRESENTE CONTRATO inicia-se a partir da data de sua assinatura pelo CONTRATANTE, permanecendo vigente por prazo indeterminado ou até que haja denúncia de uma das partes.

CLÁUSULA QUARTA - Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do contrato primitivo, não conflitantes com este termo aditivo, que passa a integrar o referido contrato.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

DocuSigned by:

Georg P Silva

B4E982449F104CF...
SINDICATO DOS DOC DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS -
ADUFG SINDICATO
02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed Goiânia

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
02.476.067/0001-22
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1-

DocuSigned by:

Adriane Marques Mendes Noieto
CPF: 818.807.741-00
RG: 3554627 SSP-GO

FD615C185F99490...

NOME:

CPF :

2-

DocuSigned by:

Jordana Nunes de O. Nogueira
CPF. 009.696.911-30
Rg. 4696581 SSP/GO

8D1CCF11B58548D...

NOME:

CPF :



Termo de Inequívoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias



CÓDIGO - FORM 069 E

REVISÃO - Nº 06

TERMO DE INEQUÍVOCO CONHECIMENTO E COMPROMISSO DE CANAL DE DENÚNCIAS NO RELACIONAMENTO COMERCIAL COM A UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Pelo presente instrumento:

- 1) **CONSIDERANDO**, que a Lei 12.846, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências, trouxe novas exigências ao mercado, em especial exigências éticas e de práticas anticorrupção.
- 2) **CONSIDERANDO**, que a UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO compreendendo a necessidade de cumprir e fazer cumprir as leis vigentes no País, assim como sua responsabilidade pela aplicação e gestão ética nos seus relacionamentos comerciais, instituiu um Código de Conduta.
- 3) **CONSIDERANDO**, que o Código de Conduta da UNIMED GOIÂNIA, dentre outros, define a conduta adequada nas relações comerciais, com destaque a necessidade de combater a corrupção em todas as suas formas.

Eu, GECI JOSE PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF de nº 427.595.951-53, neste ato representando a instituição SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIV FEDERAIS DE GOIAS localizado (a) no endereço NOVA AVENIDA Nº 193 SETOR VILA NOVA, GOIÂNIA-GO CEP: 74.643-080 e na qualidade de seu representante conforme documento ATA DE POSSE com o (s) seguinte (s) contato (s) telefônico (s) 62 99924-4708.

Declaro estar ciente e concordar com os considerados acima apresentados e firmo neste ato **TERMO DE INEQUÍVOCO CONHECIMENTO E COMPROMISSO** e concordo que quaisquer denúncias, críticas, dúvidas ou sugestões que envolve (m) conduta (s) ética (s) relacionadas à negociação e/ou demanda realizada por mim, em meu nome ou em nome da empresa/instituição que represento com a Unimed Goiânia, devem ser formalizadas na **página: unimedgoiania.legaletica.com.br; pelo telefone: 0800 400 3333, ou; e-mail: unimedgoiania@legaletica.com.br, que serão recebidas pelo Comitê de Ética.**

Declaro estar ciente que o teor do presente **TERMO DE INEQUÍVOCO CONHECIMENTO E COMPROMISSO** deve ser repassado a alta direção, bem como ao (s) colaborador (es) parceiro (s) direto (s) e indireto (s) da instituição qual represento.

Declaro não ter conhecimento que dentre o (s) representante (s), procurador (es) e/ou colaborador (es) da selecionar qual represento exista vínculo de parentesco e/ou amizade com os representantes, gestores e/ou colaboradores da Unimed Goiânia.

Declaro não ter vínculo de parentesco e/ou amizade com qualquer colaborador (es), gestor (es) e/ou representante (s), da Unimed Goiânia.

Declaro ter vínculo de selecionar com o (s) seguinte (s) representante (s), gestor (es) e/ou colaborador (res) _____ que exercem as seguintes atividades _____ na Unimed Goiânia.

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Disposição
04/03/2021	Arquivo Geral da área	Pasta específica / Restrito	Por título e data	Setor Emitente: Permanente	N. A.	N. A.



Termo de Inequivoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias



CÓDIGO - FORM 069 E

REVISÃO - Nº 06

Declaro ter conhecimento que dentre o (s) seguinte (s) representante (s) ou procurador (es), colaborador (es) da empresa/instituição a qual represento possuem vínculo de selecionar com o (s) seguinte (s) representante (s), gestor (es) e/ou colaborador (es), da Unimed Goiânia:

Nome (s) do (s) representante (s), colaborador (es) ou procurador (es) da empresa/instituição a qual represento:

Função exercida da pessoa acima mencionada na empresa/instituição a qual represento

Tipo de vínculo selecionar

Nome (s) do (s) representante (s) ou procurador (es), colaborador (es) da Unimed Goiânia

Goiânia, 10 de ABRIL de 2023.

DocuSigned by:

Georg P Silva

B4E982449F104CF...

Assinatura do (a) Declarante

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Disposição
04/03/2021	Arquivo Geral da área	Pasta específica / Restrito	Por título e data	Setor Emitente: Permanente	N. A.	N. A.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO
Apartamento - 479.421/17-4



CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

TIPO DE CONTRATAÇÃO	COLETIVO POR ADESÃO
NOME COMERCIAL	ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO
NOME REGISTRADO NA ANS	ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	INDIVIDUAL (APARTAMENTO)
REGISTRO NA ANS	479.421/17-4
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	ESTADUAL
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ÁREA DE ATUAÇÃO	GOIÁS
FORMAÇÃO DE PREÇO	PREESTABELECIDO (PRÉ-PAGAMENTO)
FATOR MODERADOR	COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA
ATENDIMENTO	REDE BÁSICA CREDENCIADA
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO
Apartamento - 479.421/17-4



SUMÁRIO

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL.....	8
3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	10
CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO	16
CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA	16
CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	18
CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	20
8.6 - REMOÇÃO.....	21
8.7 - DO REEMBOLSO	22
CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.....	23
9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	23
9.4 - DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: CO-PARTICIPAÇÃO E FRANQUIA	25
CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	25
CLÁUSULA XI - REAJUSTE	26
11.1 - PARA CONTRATOS COM MAIS DE 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS.....	26
11.2 - DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS, PARA FINS DE REAJUSTE	28
CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS	31

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 APTO
Apartamento - 479.421/17-4



CLÁUSULA XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO.....	31
CLÁUSULA XIV - CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL.....	33
CLÁUSULA XV - DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CLÁUSULA XVI - ELEIÇÃO DE FORO.....	41
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	42
1 - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL.....	44
SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS.....	46

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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 E LIMITADO ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, anexos de Resolução Normativa específica, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e vigentes à época do evento, a ser prestado por intermédio 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, seus sucessores e cessionários, 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 delimitada e vinculada ao CONTRATANTE por vínculo de caráter **Profissional, Classista ou Setorial.**

2.2 - **Podem ser inscritos no plano como beneficiários titulares as pessoas que comprovem vínculo Profissional, Classista ou Setorial com o CONTRATANTE conforme categorias:**

- 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; e
- 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(a), assim reconhecido legalmente ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos;
- b) seus filhos até 30 (trinta) anos;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



- c) os indicados no inciso III, do artigo 4º do Código Civil Brasileiro vigente, que assim dispõe:
“III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”
- d) seus enteados até 30 (trinta) anos, desde que o cônjuge e/ou companheiro(a) esteja inscrito como dependente;
- e) menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição de dependência se estenderá até 30 (trinta) anos;
- 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, 30 (trinta) anos exatos e nenhum dia a mais. Caso o 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, ressalvado o disposto no art. 30, §3º e art. 31, §2º da Lei 9.656/98 e suas atualizações.

2.6 - O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pelo CONTRATANTE através do PORTAL CORPORATIVO 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, o 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 - Observadas as condições de elegibilidade previstas neste instrumento, serão admitidas as inscrições de filhos dos beneficiários em até 30 (trinta) dias do evento que lhes confere esse direito, nas seguintes situações:

- a) recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou ainda, sob guarda ou tutela judicial do beneficiário;
- b) menor de 12 (doze) anos, adotado pelo beneficiário do plano de assistência à saúde, ou sob guarda ou tutela judicial, e;
- c) menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicialmente ou extrajudicialmente pelo beneficiário do plano de saúde.

2.8.1 - O recém-nascido inscrito em conformidade com o previsto no item anterior, está isento do cumprimento do prazo de Cobertura Parcial Temporária para as Doenças ou Lesões Preexistentes, porém quanto aos prazos de carência devem ser observadas as seguintes condições:

- a) Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de todos os prazos de carência; ou

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



- b) Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará a carência já cumprida pelo beneficiário, devendo também cumprir o prazo de carência restante.

2.8.2 - O menor de 12 (doze) anos, adotado ou com a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário, inscrito em conformidade com o previsto no caput, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe, e estará sujeito ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária das Doenças ou Lesões Preexistentes.

2.9 - Poderá ainda ser inscrito com aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário TITULAR, seu cônjuge, desde que seja recém-casado e a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias do casamento, ficando sujeito ao cumprimento dos prazos de Cobertura Parcial Temporária para Doença ou Lesão Preexistente, conforme previsto em cláusulas específicas nessas condições gerais.

2.10 - A inscrição desses beneficiários - filho recém-nascido natural, adotado ou sob guarda ou tutela judicial, menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela judicial ou cuja paternidade foi reconhecida e recém-casado - 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.

2.11 - 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.

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

2.13 - O beneficiário que na data da assinatura do contrato, estiver afastado por motivo de doença do trabalho, poderá ser incluído no plano contratado no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica, devidamente comprovada, nas mesmas condições dos inscritos inicialmente no plano.

2.14 - O DIA DA VIGÊNCIA INICIAL DO PLANO CONTRATADO É CONSIDERADO COMO DATA BASE MENSAL PARA O INÍCIO DO ENVIO DAS MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS PARA A CONTRATADA.

2.15 - Toda movimentação cadastral permitida no contrato deverá ser solicitada pelo CONTRATANTE até o dia limite de movimentação mensal definido na Proposta de Adesão, por meio do PORTAL CORPORATIVO ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda, em impresso próprio fornecido pela CONTRATADA.

2.16 - As movimentações não solicitadas até o DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO, deverão ser encaminhadas na DATA BASE MENSAL subsequente, a qual será considerada como vigência inicial da movimentação solicitada para fins e efeitos desse instrumento.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista nesta Cláusula, exclusivamente na

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, exclusivamente e limitado ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que podem ser obtidos no web site www.ans.gov.br.

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

3.1.2 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação CONTRATADA.

3.1.2.1 - Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, conforme legislação específica vigente.

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

3.1.4 - O atendimento está assegurado independentemente do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços CONTRATADA, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, anexos de Resolução Normativa específica e vigentes à época do evento, editado e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **NÃO INCLUINDO internação hospitalar ou procedimento para fins de diagnóstico ou terapia que, embora dispensem internação, requerem estrutura hospitalar por período não superior a 12 (doze) horas, ou serviços como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, conforme a seguir elencado:**

I - Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

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;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



III - Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a indicação do médico assistente e com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

IV - Psicoterapia de acordo com a indicação do médico assistente e com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

V - Procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente e com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, que envolvam as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

VII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

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

VIII - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venosos, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da ANVISA;

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



X - 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.

XI - 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.

3.2.2 - Para efeitos do disposto nessa cláusula, as ÁREAS DE ATUAÇÃO estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina NÃO SÃO CONSIDERADAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

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 e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, compreendendo os seguintes serviços:

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

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

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

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

V - 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;

VI - Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, **DESDE QUE estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA;**

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

VIII - Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta)

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura CONTRATADA, **SALVO EXPRESSA CONTRAINDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE;**

IX - Procedimentos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, vigentes à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XI - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a Regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e;
- b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela legislação específica e vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação CONTRATADA;

XII - Seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em caráter de internação hospitalar, e em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula das disposições gerais desse instrumento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos, ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XIV - Cirurgia plástica reparadora QUANDO EFETUADA PARA RESTAURAÇÃO DE ÓRGÃOS E FUNÇÕES de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XV - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

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

XVII - Coberturas das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;

XVIII - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que um de seus representantes legais tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias no plano, vedando-se, nessa hipótese, qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;**

XIX - Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, observadas as seguintes condições:

- a) Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) Custeio parcial a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo o percentual da coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) Cobertura de hospital-dia, conforme diretrizes de utilização estabelecidas pela ANS.

XX - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes 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:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), **EXCETO medicamentos de manutenção;**

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

3.3.2 - Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver 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, conforme legislação específica vigente;

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

3.3.2.2 - 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.

3.3.3 - O imperativo clínico, para fins da cobertura de estrutura hospitalar à realização dos procedimentos odontológicos ora descritos nessa cláusula, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

3.3.4 - A acomodação individual ora contratada, é composta por quarto individual com acomodação para 1 (um) acompanhante, um banheiro privativo e mobiliário necessário ao paciente e acompanhante.

3.3.5 - Caso o paciente ou seus responsáveis optem por acomodação superior à ora CONTRATADA, deverá fazê-lo mediante livre negociação com o prestador hospitalar, responsabilizando-se pelo pagamento adicional dos custos, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À CONTRATADA PROVENIENTE DESSA NEGOCIAÇÃO.

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº. 9.656/98, E RESPEITANDO AS COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS PREVISTAS EM RESOLUÇÃO NORMATIVA ESPECÍFICA, ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO OS SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO E ANEXOS DE RESOLUÇÃO NORMATIVA ESPECÍFICA, EDITADOS E ATUALIZADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, E OS PROVENIENTES DE:

I - TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, INCLUSIVE OS NÃO RECONHECIDOS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM;

II - ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU AINDA, 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 E MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, EXCETO PARA OS CASOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO;

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 E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS, NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, BEM COMO AQUELES PREVISTOS NA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME);

VI - DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO AS LISTADAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

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 DOS 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 PRÉ-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, AR CONDICIONADO, TELEVISÃO, FRIGOBAR OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTES CONTRATOS;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



XII - PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO, CONFORME “CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE”, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS A 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 MINERALOGRAMA DO CABELO;

XIX - FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

XX - ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

XXI - CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA, BEM COMO REMOÇÃO DOMICILIAR;

XXII - TRANSPLANTES, EXCETO OS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

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 OU EM DESACORDO COM AS SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA 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, QUE COMPREENDE 24 (VINTE E QUATRO) MESES;

XXIX - CIRURGIA REFRACTIVA PARA GRAU DIFERENTE DO ESTABELECIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

XXX - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES, INCLUSIVE DE RIM, DE CórNEA E

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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;**

XXXI - PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS NOS CASOS DE TRANSPLANTES, **EXCETO PARA RINS, CÓRNEAS E TRANSPLANTES ALOGÊNICO E AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA;**

XXXII - 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, TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A: HOSPITAL SÍRIO LIBANES (SP), HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA (SP), HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP), HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCOR (SP), INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (SP), HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA (SP), REDE DOR, DENTRE OUTROS QUE UTILIZAM TABELA PRÓPRIA;

XXXIII - PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CUJO LIMITE MÁXIMO DE UTILIZAÇÃO POR ANO CONTRATUAL TENHA SIDO ULTRAPASSADO;

XXXIV - 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);

XXXV - TRANSPORTE DE TECIDOS E ÓRGÃOS DO DOADOR AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EM QUE SE ENCONTRE O RECEPTOR;

XXXVI - INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM QUALQUER CASO;

XXXVII - HONORÁRIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA E OS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS UTILIZADOS NA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS QUE, NAS SITUAÇÕES DE IMPERATIVO CLÍNICO, NECESSITEM SER REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

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 com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da vigência inicial.

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, 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, independentemente do número de beneficiários, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato Coletivo Por Adesão.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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 ocorridas 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 concomitante à vigência da inclusão do beneficiário no plano ora contratado, observado o período de movimentação cadastral, independentemente do número de beneficiários inscritos.

QUADRO DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTO	DIAS
ACIDENTES PESSOAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos limites da lei 9.656/98 e sua regulamentação, conforme cláusula específica sobre o tema descrita nesse instrumento.	01 (24 HORAS)
CONSULTAS E DEMAIS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA	180
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 PERITONEAL/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
MUDANÇA DE PLANO COM ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) PARA PLANO COM ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO)	180
DEMAIS PROCEDIMENTOS INTEGRANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO	180
PARTOS A TERMO	300

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



6.4 - Quando da migração de plano em acomodação coletiva (enfermaria) para plano em acomodação individual (apartamento), o beneficiário somente poderá usufruir da acomodação individual (apartamento) após o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carência, contando a partir da data de sua inclusão no novo plano e 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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, 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 ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.17 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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 CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS **ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL**, 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 de urgência e emergência **LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas** em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

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;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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

8.4.1 - 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 QUALQUER ÔNUS À OPERADORA.

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

8.6 - REMOÇÃO

8.6.1 - 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.

8.6.2 - 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.

8.6.3 - Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze horas) da **urgência e emergência** e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

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

8.6.4 - 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.

8.6.5 - 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.

8.6.6 - 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



8.7 - DO REEMBOLSO

8.7.1 - 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.

8.7.2 - 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.

8.7.3 - 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 justificação 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.

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

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

8.7.6 - OS VALORES A SEREM REEMBOLSADOS SERÃO OS DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO E DE PAGAMENTOS AOS PRESTADORES DA UNIMED GOIÂNIA, DEDUZIDOS OS VALORES REFERENTES À COPARTICIPAÇÃO E/OU FRANQUIA, CASO HAJA INCIDÊNCIA DE FATOR MODERADOR NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

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

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

8.7.9 - O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do evento.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

9.1.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado de forma particular pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Essas despesas correm por conta exclusiva do beneficiário, tais como, mas não se limitando a: honorários médicos, taxas e contas hospitalares, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, materiais em geral, dentre outros.

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 CONTRATANTE recolher e devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação à CONTRATADA. Não sendo feita a devolução, responde o CONTRATANTE pelo pagamento de qualquer ônus decorrente de eventual utilização.

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 do PORTAL CORPORATIVO 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 - **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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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 A 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;
- 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 para dirimir o impasse, nos moldes da legislação em vigor, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador escolhido pelos outros dois, 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 Portal Corporativo 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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 do 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 - DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: CO-PARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

9.4.1 - Este plano terá uma COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO e uma FRANQUIA POR EVENTO, de acordo com o definido na proposta de adesão e em conformidade com a legislação vigente à época da contratação.

9.4.2 - A coparticipação consiste no pagamento pelo CONTRATANTE à CONTRATADA de uma parte da despesa assistencial, relacionada a(os) procedimento(s) sobre os quais incide, estipulada previamente **EM VALOR FIXO** ou **PERCENTUAL** no ato da contratação.

9.4.3 - O limite máximo de coparticipação definido na proposta de adesão será considerado por procedimento realizado, para fins e efeitos desse contrato.

9.4.4 - A FRANQUIA É um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada, estipulada previamente **EM VALOR FIXO** na proposta de adesão, no ato da contratação.

9.4.5 - A coparticipação e a franquias terão como base de cálculo as tabelas de remuneração aos cooperados e de pagamento aos prestadores da Unimed Goiânia, vigentes à época da realização dos procedimentos/eventos.

9.4.6 - O desembolso a título de coparticipação ou franquias pelo beneficiário não possui a natureza de contribuição na contraprestação pecuniária do plano ora contratado.

CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2 - O 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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

10.4 - Se o CONTRATANTE não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA ou retirá-lo através do Portal Corporativo www.unimedgoiania.coop.br, sendo que a CONTRATADA disponibilizará para o 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 do 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, ACRESCIDOS DE MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) APÓS O VENCIMENTO.

10.7 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS 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 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS

11.1.1 - 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, desde que previamente negociado e aditado entre as partes.

11.1.1.1 - 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 ainda, na falta de índice equivalente, por outro índice que

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

11.1.2.2 - Caso o índice adotado acumule 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 (Sm) 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 (RT), o índice estipulado no artigo anterior - reajuste econômico, será adicionado ao reajuste técnico, apurado conforme a fórmula a seguir:

$$RT = (S \div Sm) - 1$$

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;

Sm = 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 (doze) 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



11.1.4.4 - Os reajustes anuais dos valores da contraprestação pecuniária serão negociados livremente pelas partes até a data base pactuada (data de aniversário do contrato). CASO NÃO HAJA CONSENSO entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto, fica estipulado o prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data base, para que seja finalizada.

11.1.4.5 - Encerrada a negociação de reajuste entre as partes, será aplicado o índice negociado a partir da data de aniversário do contrato. Caso o reajuste ocorra em data posterior à do aniversário do contrato a data base, o CONTRATANTE se compromete a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior ao encerramento da negociação, em condições a serem pactuadas e firmadas em Termo de Acordo.

11.1.4.6 - CASO NÃO HAJA CONSENSO entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto no prazo de 90 (noventa) dias estipulado nesta cláusula, o contrato será renovado automaticamente com a aplicação do índice PROPOSTO no reajuste técnico descrito nesta cláusula, a partir da data do seu aniversário. Neste caso, se compromete o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior àquele que se deu a aplicação do índice de reajuste e a renovação do contrato.

11.1.4.7 - Optando o CONTRATANTE pela rescisão do contrato após a data base sem que tenha havido aplicação de reajuste, será, então, aplicado o índice PROPOSTO no reajuste econômico, descrito nesta cláusula, a partir da data do aniversário do contrato até a data do seu cancelamento, COMPROMETENDO-SE o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior à rescisão.

11.1.4.8 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados no plano ora contratado.

11.2 - DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS, PARA FINS DE REAJUSTE

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 número igual ou inferior a 99 (noventa e nove) beneficiários.

11.2.2 - 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 INSTRUMENTO.

11.2.3 - A apuração da quantidade de beneficiários para a composição do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS será feita, inicialmente, no MÊS DA SUA CONTRATAÇÃO e posteriormente UMA ÚNICA VEZ POR ANO, no ANIVERSÁRIO de cada contrato.

11.2.4 - DO CÁLCULO DO REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



11.2.4.1 - 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.

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

11.2.5 - REAJUSTE ECONÔMICO

11.2.5.1 - 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 **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado no período de 12 (doze) meses**, consecutivos entre os meses de **Março e Fevereiro** do ano subsequente, sendo este o período de cálculo do percentual de reajuste.

11.2.5.2 - Na falta da divulgação do índice **IPCA/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.

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

11.2.6 - REAJUSTE TÉCNICO

11.2.6.1 - 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 complementarará o Reajuste Econômico previsto neste contrato, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.2.6.2 - 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 a Fevereiro** do ano subsequente.

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

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

Onde:

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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

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;

Sm = Meta de Sinistralidade correspondente a 75% (setenta e cinco por cento).

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

11.2.7.1 - 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.

11.2.7.2 - 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.

11.2.7.3 - O percentual de reajuste obtido será aplicado no mês de aniversário do contrato integrante da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, no período compreendido entre os meses de MAIO de cada ano a ABRIL do ano imediatamente subsequente.

11.2.7.4 - 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.

11.2.7.5 - O percentual de reajuste será único para todos os contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS.

11.2.7.6 - 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.

11.2.7.7 - O percentual de reajuste aplicado será informado também na fatura de cobrança.

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

- 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 o 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 DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO

13.1 - São consideradas condições para a PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO TITULAR deste plano:

- a) Óbito do titular;
- b) Rescisão do presente contrato;
- c) Solicitação de exclusão do plano, realizada pelo próprio titular ou pelo contratante;
- d) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- e) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



13.2 - Os DEPENDENTES PERDERÃO A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS nas seguintes situações:

- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) Por solicitação do beneficiário titular ou do contratante;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.3 - A CONTRATADA poderá EXCLUIR beneficiários ou SUSPENDER A ASSISTÊNCIA à saúde dos mesmos, SEM A ANUÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato;
- c) Solicitação de exclusão pelo beneficiário titular, quando ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias da solicitação realizada junto à pessoa jurídica CONTRATANTE, devidamente comprovado.

13.4 - A solicitação de exclusão deverá ser realizada pelo beneficiário titular e terá EFEITO IMEDIATO e CARÁTER IRREVOGÁVEL a partir da data de ciência da CONTRATADA.

13.5 - O CONTRATANTE obriga-se a cientificar a CONTRATADA através do Portal Corporativo da Operadora, www.unimedgoiania.coop.br, na área restrita da CONTRATANTE, em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data da solicitação de exclusão pelo beneficiário titular.

13.6 - Expirado o prazo disposto no item anterior sem que o CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitá-la diretamente à Operadora através dos seguintes meios:

- a) PRESENCIAL, na sede da Operadora, acompanhado do cartão do plano e documento pessoal de identificação;
- b) Por TELEFONE, pela Central de Atendimento Telefônico, nos telefones: (62)3216-8000 /0800-642-8008;
- c) Via PORTAL CORPORATIVO da Operadora, no endereço www.unimedgoiania.coop.br, na área restrita do beneficiário.

13.7 - Quando da exclusão de beneficiários e/ou da perda dessa qualidade conforme descrito nesta cláusula, será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento por eventuais prestações pecuniárias e/ou coparticipações/franquias pela utilização de serviços anteriores à exclusão solicitada, quando houver.

13.8 - Será de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, pelos beneficiários excluídos, após a data de solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



13.9 - A exclusão de beneficiários realizada por qualquer meio ou condição, poderá importar em:

- a) Cumprimento de novos períodos de carência, conforme descrito neste instrumento em cláusula específica desse tema;
- b) Cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, em casos de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, conforme descrito neste instrumento em cláusula específica desse tema;
- c) Perda do direito à remissão, quando houver.

13.10 - A CONTRATADA, deverá encaminhar, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data que a mesma foi cientificada, o comprovante da efetiva exclusão do beneficiário, por qualquer meio que assegure a sua ciência.

CLÁUSULA XIV - CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL

14.1 - Cabe à CONTRATADA o direito de SUSPENSÃO OU RESCISÃO IMEDIATA E UNILATERAL nos seguintes casos:

- a) Quando de DOLO OU FRAUDE comprovada;
- b) Total inexistência de beneficiários cadastrados no plano contratado, após 30 (trinta) dias da celebração contratual; e/ou
- c) Redução do número de beneficiários ativos no plano conforme pactuado na Proposta de Adesão.

14.2 - O atraso no pagamento da mensalidade, pelo 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 imotivadamente este contrato, mediante prévia comunicação da parte solicitante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, a contar do dia do recebimento da notificação de cancelamento.

14.4 - O CONTRATANTE poderá ainda rescindir dentro do prazo de vigência inicial estabelecida, desde que esteja em dia com a suas obrigações financeiras advindas deste contrato e acate o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato, tendo como base a média per capita das mensalidades pagas até a data da efetiva rescisão contratual.

14.5 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O 50º (QUINQUAGÉSIMO) DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

14.6 - A RESCISÃO CONTRATUAL DURANTE A VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO (PRIMEIROS 12 MESES), MOTIVADA POR INADIMPLÊNCIA DO CONTRATANTE, POR DOLO OU FRAUDE, OU AINDA POR REDUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS PACTUADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO, ACARRETERÁ UMA MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 50%

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



(CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DA VIGÊNCIA INICIAL TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL.

14.7 - Nos casos de rescisão previstos nesta cláusula, será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento por:

- a) Contraprestações pecuniárias vencidas, quando houver;
- b) Eventuais coparticipações e/ou franquias de procedimentos realizados anteriormente à rescisão contratual, quando houver;
- c) Despesas decorrentes de serviços realizados anteriormente à rescisão contratual;
- d) Despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, após a data de solicitação de cancelamento/rescisão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.

14.8 - A não quitação do(s) débito(s) existente(s) ensejará as medidas de cobranças pela CONTRATADA, sem prejuízo da inscrição do nome do devedor nos cadastros restritivos de crédito (SPC / SERASA) e/ou a adoção das medidas judiciais cabíveis.

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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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).

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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.

FRANQUIA: é um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada.

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.

IMPERATIVO CLÍNICO: decisão e/ou indicação do corpo clínico e/ou médico assistente.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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

JUNTA MÉDICA: junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade.

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: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PARTO A TERMO: é aquele que ocorre entre a 37^a (trigésima sétima) e 42^a (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.

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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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

PÓS-PARTO IMEDIATO: período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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 pelo 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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: O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS refere-se à lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde e deve ser garantida pela operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado, o qual é composto por seus Anexos, dentre eles as Diretrizes de Utilização. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos. O referido Rol poderá ser acessado por meio do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no seguinte endereço: <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

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.

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

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



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

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

15.6 - 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.

15.7 - 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.

15.8 - 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) Manual de Orientação para Contratação - Guia Rápido, quando for o caso;
- f) Declaração de Saúde, quando for o caso;
- g) Tabela de preços, quando for o caso.

15.9 - O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso de atendimento por outras **UNIMED'S** e/ou empresas integrantes do **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, com o que a **CONTRATADA** manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



1 - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL

1.1 - DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, CONCEITUADOS E DEFINIDOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, EM ÂMBITO NACIONAL, DESDE QUE UTILIZADOS OS SERVIÇOS DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA A ALGUMA COOPERATIVA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED.

1.2 - 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.

1.3 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento de urgência e emergência LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

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.

1.4 - A PARTIR DO PRAZO ESTABELECIDO NO ITEM ACIMA - PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS DO ATENDIMENTO - E/OU HAVENDO A NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PASSA A SER DO CONTRATANTE, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À OPERADORA.

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1 - UTI MÓVEL TERRESTRE

1.1 - DAS DEFINIÇÕES

1.1.1 - UTI MÓVEL TERRESTRE é um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em casos de urgências e emergências, com ou sem Remoção Terrestre.

1.1.2 - Para os efeitos do serviço contratado são adotadas, ainda, as seguintes definições:

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: atendimento médico de urgências e emergências no local onde se der o evento e, se necessário for, a remoção via terrestre até o estabelecimento hospitalar credenciado pela Unimed Goiânia.

BUSCA: ato de buscar pessoas, acidentadas ou não, em local incerto, tendo como referência apenas a região nas mais diversas situações.

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

REMOÇÃO: ato de remover pessoas seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar.

SOS FONE: serviço de orientação médica 24 horas por meio de ligação gratuita.

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

1.2 - DA COBERTURA

1.2.1 - O ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL em casos de urgências ou emergências, com ou sem REMOÇÃO, cobrirá os seguintes quadros clínicos:

a) Alergologia:

- reações alérgicas agudas com manifestação respiratória;
- choque anafilático e síndromes similares;

b) Cardiologia:

- infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas;
- aneurisma dissecante da aorta;
- obstrução das artérias com comprometimento sistêmico grave;
- arritmias cardíacas agudas;
- choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico).

c) Gastroenterologia:

- hemorragias digestivas (alta e baixa);
- quadros abdominais agudos: inflamatórios, hemorrágicos, perforativos, vasculares e obstrutivos).

d) Neurologia:

- acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda);
- traumatismo cranioencefálico (fase aguda);
- traumatismo raquimedular (fase aguda);
- aneurisma intracraniano roto;
- crises convulsivas de qualquer etiologia;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



- hipertensão intracraniana.
- e) **Pneumologia:**
 - pneumotórax espontâneo;
 - derrames pleurais com comprometimento ventilatório;
 - estado de mal asmático;
 - insuficiência respiratória aguda de qualquer etiologia.
- f) **Nefrologia:**
 - insuficiência renal aguda em local não coberto por diálise;
- g) **Ginecologia e Obstetrícia:**
 - prenhez tubária rota;
 - grandes hemorragias puerperais;
 - ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário;
 - qualquer situação do ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto.
- h) **Traumatologia:**
 - politraumatizado;
 - traumas de face com distúrbios de ventilação;
 - traumas de face com lesão no globo ocular;
 - traumatismo torácico contusos e/ou penetrantes;
 - traumas de grandes vasos sanguíneos com necessidade de cirurgia imediata;
 - trauma abdominal contuso e/ou penetrante;
 - trauma extenso de partes moles;
 - amputação traumática (após avaliação da Central);
 - queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%;
 - queimaduras de vias aéreas, dos órgãos genitais e da face;
 - acometimento sistêmico por corrente elétrica;
 - afogamento;
 - intoxicações exógenas graves;
 - picadas de animais peçonhentos, com risco de vida.
- i) **Outros:**
 - cetoacidose diabética;
 - crise tireotóxica;
 - hipoglicemia severa;
 - crise psicótica aguda;
 - desidratação aguda de qualquer etiologia;
 - qualquer outra situação de urgência/ emergência que envolva risco para o paciente.

1.2.2 - Inclui-se nesta cobertura a Orientação Médica 24 (vinte e quatro) horas pelo SOS Fone: 0800-725-5555, através do qual o beneficiário poderá esclarecer as mais diversas dúvidas médicas com um profissional capacitado para tal.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1.3 - DO ATENDIMENTO

1.3.1 - O atendimento deverá ser solicitado através da Central de Emergências **SOS UNIMED** pelo telefone **0800-725-5555**, que permanecerá em funcionamento durante 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas.

1.3.2 - A UTI MÓVEL TERRESTRE atenderá o beneficiário e fará sua remoção, se necessário, para uma UNIDADE HOSPITALAR da rede credenciada pela Unimed Goiânia para a continuidade do atendimento, observando-se as coberturas contratadas no plano de assistência médica.

1.3.3 - A remoção será feita em Ambulância UTI - Móvel com a presença de Médico Emergencialista, Socorrista e Técnico de Enfermagem devidamente habilitados para o atendimento e a remoção.

1.3.4 - Todas as chamadas telefônicas para solicitação de orientações aos beneficiários e de atendimento médico, serão feitas à Central de Emergências SOS UNIMED, cabendo ao médico regulador decidir pela liberação imediata de equipe médica para atendimento e/ou orientações telefônicas aos beneficiários, isto é, informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo paciente para obtenção da assistência médica mais adequada, e no menor espaço de tempo possível.

1.3.5 - Todas as conversações envolvendo a Central de Emergências **SOS UNIMED** serão gravadas de acordo com regulamentação do Conselho Federal de Medicina - CFM.

1.4 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO

1.4.1 - OS BENEFICIÁRIOS TERÃO ACESSO AO SERVIÇO ORA CONTRATADO APÓS O CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DA SUA INCLUSÃO, OBSERVADO O PERÍODO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA CELEBRADO COM A CONTRATADA.

1.5 - DA IMPOSSIBILIDADE DO ATENDIMENTO

1.5.1 - Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência/emergência ou pela dificuldade de se chegar ao local por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereçam risco aos profissionais da UTI MÓVEL TERRESTRE, entre outras, for manifestada a impossibilidade de atendimento ao beneficiário em prazo adequado, deverá o médico regulador, quando acionada a Central de Emergências SOS UNIMED, orientar o solicitante a procurar o local mais próximo de pronto atendimento médico, até que os profissionais da UTI MÓVEL TERRESTRE tenham tempo de se dirigir ao local onde foi encaminhado o beneficiário contratante.

1.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA

1.6.1 - A ABRANGÊNCIA DA COBERTURA DA UTI MÓVEL TERRESTRE COMPREENDE O PERÍMETRO URBANO DAS CIDADES DE GOIÂNIA-GO, APARECIDA DE GOIÂNIA-GO E TRINDADE-GO.

1.6.2 - Para o serviço de Orientação Médica através do SOS Fone não há limitação de abrangência territorial.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1.7 - 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



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 400km (quatrocentos 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;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



- 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 epilético, 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);

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



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 400 KM (QUATROCENTOS 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 CONTRATANTE.

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

3.1 - OS PREÇOS PREVISTOS NESTE CONTRATO SERÃO REAJUSTADOS ANUALMENTE CONSIDERANDO O ÍNDICE DE REAJUSTE APLICADO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

3.1.1 - Se, por qualquer motivo, a contratada não puder praticar o reajustamento nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pelo índice IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda do período.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



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.

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

3.3 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizado o seu endereço junto à CONTRATADA, para fins e efeitos deste contrato.

3.4 - OCORRENDO IMPONTUALIDADE NO PAGAMENTO DAS FATURAS, O CONTRATANTE PAGARÁ, QUANDO A LEGISLAÇÃO PERMITIR, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E 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.

3.5 - A VIGÊNCIA INICIAL OBRIGATÓRIA DO PRESENTE CONTRATO É DE 12 (DOZE) MESES, PRORROGANDO-SE POR PRAZO INDETERMINADO.

3.5.1 - A VIGÊNCIA DESTES CONTRATO SERÁ CONTADA A PARTIR DA DATA DE SUA ASSINATURA.

3.6 - CABE À CONTRATADA O DIREITO DE RESCISÃO CONTRATUAL IMEDIATA E UNILATERAL QUANDO OCORRER DOLO OU FRAUDE COMPROVADA POR PARTE DO CONTRATANTE E/OU GRUPO FAMILIAR.

3.7 - 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 (SESENTA) DIAS.

3.8 - EM VIRTUDE DO CÁLCULO ATUARIAL ELABORADO PARA ESSE TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, NOS CASOS DE RESCISÃO CONTRATUAL ABAIXO ELENCADOS, SERÁ EXIGIDO PELA CONTRATADA O PAGAMENTO DA MULTA RESCISÓRIA CORRESPONDENTE AO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DA VIGÊNCIA INICIAL DE 12 (DOZE) MESES DA ASSINATURA DO CONTRATO, TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL, PARA OS SEGUINTE CASOS DE RESCISÃO:

- a) MOTIVADA PELA OCORRÊNCIA DE DOLO OU FRAUDE COMPROVADA POR PARTE DO CONTRATANTE E/OU GRUPO FAMILIAR DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO;
- b) A PEDIDO DO CONTRATANTE, ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL ESTABELECIDO NO CONTRATO;
- c) PELA INADIMPLÊNCIA DO CONTRATANTE POR PRAZO SUPERIOR A 60 (SESENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NO DECORRER DOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, CONTADOS A PARTIR DE SUA ASSINATURA.

3.8.1 - NOS CASOS QUE SE REFERE O ITEM ANTERIOR, SERÁ ASSEGURADO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS ATÉ O ÚLTIMO DIA CORRESPONDENTE À ÚLTIMA MENSALIDADE PAGA.



Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

TIPO DE CONTRATAÇÃO	COLETIVO POR ADESÃO
NOME COMERCIAL	ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
NOME REGISTRADO NA ANS	ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	COLETIVA (ENFERMARIA)
REGISTRO NA ANS	479.415/17-0
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	ESTADUAL
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ÁREA DE ATUAÇÃO	GOIÁS
FORMAÇÃO DE PREÇO	PREESTABELECIDO (PRÉ-PAGAMENTO)
FATOR MODERADOR	COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA
ATENDIMENTO	REDE BÁSICA CREDENCIADA
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



SUMÁRIO

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL.....	8
3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	10
CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO	16
CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA	16
CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	18
CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	20
8.6 - REMOÇÃO.....	21
8.7 - DO REEMBOLSO	22
CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.....	23
9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	23
9.4 - DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: CO-PARTICIPAÇÃO E FRANQUIA	25
CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	25
CLÁUSULA XI - REAJUSTE	26
11.1 - PARA CONTRATOS COM MAIS DE 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS.....	26
11.2 - DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS, PARA FINS DE REAJUSTE	28
CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS	31

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



CLÁUSULA XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO.....	31
CLÁUSULA XIV - CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL.....	33
CLÁUSULA XV - DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CLÁUSULA XVI - ELEIÇÃO DE FORO.....	41
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	42
1 - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL.....	44
SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS.....	46

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 E LIMITADO ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, anexos de Resolução Normativa específica, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e vigentes à época do evento, a ser prestado por intermédio 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, seus sucessores e cessionários, 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 delimitada e vinculada ao CONTRATANTE por vínculo de caráter **Profissional, Classista ou Setorial.**

2.2 - **Podem ser inscritos no plano como beneficiários titulares as pessoas que comprovem vínculo Profissional, Classista ou Setorial com o CONTRATANTE conforme categorias:**

- 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; e
- 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(a), assim reconhecido legalmente ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos;
- b) seus filhos até 30 (trinta) anos;

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



- c) os indicados no inciso III, do artigo 4º do Código Civil Brasileiro vigente, que assim dispõe:
“III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”
- d) seus enteados até 30 (trinta) anos, desde que o cônjuge e/ou companheiro(a) esteja inscrito como dependente;
- e) menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição de dependência se estenderá até 30 (trinta) anos;
- 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, 30 (trinta) anos exatos e nenhum dia a mais. Caso o 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, ressalvado o disposto no art. 30, §3º e art. 31, §2º da Lei 9.656/98 e suas atualizações.

2.6 - O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pelo CONTRATANTE através do PORTAL CORPORATIVO 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, o 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 - Observadas as condições de elegibilidade previstas neste instrumento, serão admitidas as inscrições de filhos dos beneficiários em até 30 (trinta) dias do evento que lhes confere esse direito, nas seguintes situações:

- a) recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou ainda, sob guarda ou tutela judicial do beneficiário;
- b) menor de 12 (doze) anos, adotado pelo beneficiário do plano de assistência à saúde, ou sob guarda ou tutela judicial, e;
- c) menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicialmente ou extrajudicialmente pelo beneficiário do plano de saúde.

2.8.1 - O recém-nascido inscrito em conformidade com o previsto no item anterior, está isento do cumprimento do prazo de Cobertura Parcial Temporária para as Doenças ou Lesões Preexistentes, porém quanto aos prazos de carência devem ser observadas as seguintes condições:

- a) Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de todos os prazos de carência; ou

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



- b) Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará a carência já cumprida pelo beneficiário, devendo também cumprir o prazo de carência restante.

2.8.2 - O menor de 12 (doze) anos, adotado ou com a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário, inscrito em conformidade com o previsto no caput, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe, e estará sujeito ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária das Doenças ou Lesões Preexistentes.

2.9 - Poderá ainda ser inscrito com aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário TITULAR, seu cônjuge, desde que seja recém-casado e a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias do casamento, ficando sujeito ao cumprimento dos prazos de Cobertura Parcial Temporária para Doença ou Lesão Preexistente, conforme previsto em cláusulas específicas nessas condições gerais.

2.10 - A inscrição desses beneficiários - filho recém-nascido natural, adotado ou sob guarda ou tutela judicial, menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela judicial ou cuja paternidade foi reconhecida e recém-casado - 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.

2.11 - 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.

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

2.13 - O beneficiário que na data da assinatura do contrato, estiver afastado por motivo de doença do trabalho, poderá ser incluído no plano contratado no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica, devidamente comprovada, nas mesmas condições dos inscritos inicialmente no plano.

2.14 - O DIA DA VIGÊNCIA INICIAL DO PLANO CONTRATADO É CONSIDERADO COMO DATA BASE MENSAL PARA O INÍCIO DO ENVIO DAS MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS PARA A CONTRATADA.

2.15 - Toda movimentação cadastral permitida no contrato deverá ser solicitada pelo CONTRATANTE até o dia limite de movimentação mensal definido na Proposta de Adesão, por meio do PORTAL CORPORATIVO ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda, em impresso próprio fornecido pela CONTRATADA.

2.16 - As movimentações não solicitadas até o DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO, deverão ser encaminhadas na DATA BASE MENSAL subsequente, a qual será considerada como vigência inicial da movimentação solicitada para fins e efeitos desse instrumento.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista nesta Cláusula, exclusivamente na

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, exclusivamente e limitado ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que podem ser obtidos no web site www.ans.gov.br.

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

3.1.2 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação CONTRATADA.

3.1.2.1 - Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, conforme legislação específica vigente.

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

3.1.4 - O atendimento está assegurado independentemente do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços CONTRATADA, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, anexos de Resolução Normativa específica e vigentes à época do evento, editado e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **NÃO INCLUINDO internação hospitalar ou procedimento para fins de diagnóstico ou terapia que, embora dispensem internação, requerem estrutura hospitalar por período não superior a 12 (doze) horas, ou serviços como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, conforme a seguir elencado:**

I - Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

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;

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



III - Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a indicação do médico assistente e com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

IV - Psicoterapia de acordo com a indicação do médico assistente e com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

V - Procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente e com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, que envolvam as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

VII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

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

VIII - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venosos, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da ANVISA;

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



X - 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.

XI - 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.

3.2.2 - Para efeitos do disposto nessa cláusula, as ÁREAS DE ATUAÇÃO estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina NÃO SÃO CONSIDERADAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

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 e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, compreendendo os seguintes serviços:

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

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

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

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

V - 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;

VI - Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, **DESDE QUE estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA;**

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

VIII - Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta)

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura CONTRATADA, **SALVO EXPRESSA CONTRAINDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE;**

IX - Procedimentos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, vigentes à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XI - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a Regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e;
- b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela legislação específica e vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação CONTRATADA;

XII - Seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em caráter de internação hospitalar, e em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula das disposições gerais desse instrumento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos, ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XIV - Cirurgia plástica reparadora QUANDO EFETUADA PARA RESTAURAÇÃO DE ÓRGÃOS E FUNÇÕES de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XV - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

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

XVII - Coberturas das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;

XVIII - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que um de seus representantes legais tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias no plano, vedando-se, nessa hipótese, qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;**

XIX - Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, observadas as seguintes condições:

- a) Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) Custeio parcial a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo o percentual da coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) Cobertura de hospital-dia, conforme diretrizes de utilização estabelecidas pela ANS.

XX - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes 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:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), **EXCETO medicamentos de manutenção;**

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

3.3.2 - Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver 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, conforme legislação específica vigente;

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

3.3.2.2 - 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.

3.3.3 - O imperativo clínico, para fins da cobertura de estrutura hospitalar à realização dos procedimentos odontológicos ora descritos nessa cláusula, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

3.3.4 - A acomodação coletiva ora contratada, é composta por 03 (três) leitos, ou mais, um banheiro e mobiliário necessário ao paciente e acompanhante.

3.3.5 - Caso o paciente ou seus responsáveis optem por acomodação superior à ora CONTRATADA, deverá fazê-lo mediante livre negociação com o prestador hospitalar, responsabilizando-se pelo pagamento adicional dos custos, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À CONTRATADA PROVENIENTE DESSA NEGOCIAÇÃO.

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº. 9.656/98, E RESPEITANDO AS COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS PREVISTAS EM RESOLUÇÃO NORMATIVA ESPECÍFICA, ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO OS SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO E ANEXOS DE RESOLUÇÃO NORMATIVA ESPECÍFICA, EDITADOS E ATUALIZADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, E OS PROVENIENTES DE:

I - TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, INCLUSIVE OS NÃO RECONHECIDOS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM;

II - ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU AINDA, 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 E MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, EXCETO PARA OS CASOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO;

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 E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS, NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, BEM COMO AQUELES PREVISTOS NA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME);

VI - DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO AS LISTADAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

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 DOS 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 PRÉ-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, AR CONDICIONADO, TELEVISÃO, FRIGOBAR OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTES CONTRATOS;

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



XII - PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO, CONFORME “CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE”, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS A 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 MINERALOGAMA 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 E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

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 OU EM DESACORDO COM AS SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA 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, QUE COMPREENDE 24 (VINTE E QUATRO) MESES;

XXIX - CIRURGIA REFRACTIVA PARA GRAU DIFERENTE DO ESTABELECIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

XXX - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES, INCLUSIVE DE RIM, DE CÓRNEA E

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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;**

XXXI - PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS NOS CASOS DE TRANSPLANTES, **EXCETO PARA RINS, CÓRNEAS E TRANSPLANTES ALOGÊNICO E AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA;**

XXXII - 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, TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A: HOSPITAL SÍRIO LIBANES (SP), HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA (SP), HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP), HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCOR (SP), INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (SP), HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA (SP), REDE DOR, DENTRE OUTROS QUE UTILIZAM TABELA PRÓPRIA;

XXXIII - PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CUJO LIMITE MÁXIMO DE UTILIZAÇÃO POR ANO CONTRATUAL TENHA SIDO ULTRAPASSADO;

XXXIV - 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);

XXXV - TRANSPORTE DE TECIDOS E ÓRGÃOS DO DOADOR AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EM QUE SE ENCONTRE O RECEPTOR;

XXXVI - INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM QUALQUER CASO;

XXXVII - HONORÁRIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA E OS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS UTILIZADOS NA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS QUE, NAS SITUAÇÕES DE IMPERATIVO CLÍNICO, NECESSITEM SER REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

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 com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da vigência inicial.

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, 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, independentemente do número de beneficiários, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato Coletivo Por Adesão.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 ocorridas 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 concomitante à vigência da inclusão do beneficiário no plano ora contratado, observado o período de movimentação cadastral, independentemente do número de beneficiários inscritos.

QUADRO DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTO	DIAS
ACIDENTES PESSOAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos limites da lei 9.656/98 e sua regulamentação, conforme cláusula específica sobre o tema descrita nesse instrumento.	01 (24 HORAS)
CONSULTAS E DEMAIS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA	180
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 PERITONEAL/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
MUDANÇA DE PLANO COM ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) PARA PLANO COM ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO)	180
DEMAIS PROCEDIMENTOS INTEGRANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO	180
PARTOS A TERMO	300

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



6.4 - Quando da migração de plano em acomodação coletiva (enfermaria) para plano em acomodação individual (apartamento), o beneficiário somente poderá usufruir da acomodação individual (apartamento) após o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carência, contando a partir da data de sua inclusão no novo plano e 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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, 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 ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.17 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS **ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL**, 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 de urgência e emergência **LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas** em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

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;

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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

8.4.1 - 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 QUALQUER ÔNUS À OPERADORA.

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

8.6 - REMOÇÃO

8.6.1 - 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.

8.6.2 - 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.

8.6.3 - Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze horas) da **urgência e emergência** e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

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

8.6.4 - 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.

8.6.5 - 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.

8.6.6 - 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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



8.7 - DO REEMBOLSO

8.7.1 - 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.

8.7.2 - 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.

8.7.3 - 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 justificação 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.

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

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

8.7.6 - OS VALORES A SEREM REEMBOLSADOS SERÃO OS DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO E DE PAGAMENTOS AOS PRESTADORES DA UNIMED GOIÂNIA, DEDUZIDOS OS VALORES REFERENTES À COPARTICIPAÇÃO E/OU FRANQUIA, CASO HAJA INCIDÊNCIA DE FATOR MODERADOR NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

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

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

8.7.9 - O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do evento.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

9.1.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado de forma particular pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Essas despesas correm por conta exclusiva do beneficiário, tais como, mas não se limitando a: honorários médicos, taxas e contas hospitalares, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, materiais em geral, dentre outros.

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 CONTRATANTE recolher e devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação à CONTRATADA. Não sendo feita a devolução, responde o CONTRATANTE pelo pagamento de qualquer ônus decorrente de eventual utilização.

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 do PORTAL CORPORATIVO 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 - EXAMES COMPLEMENTARES E SERVIÇOS AUXILIARES: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA e do

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 A 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;
- 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 para dirimir o impasse, nos moldes da legislação em vigor, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador escolhido pelos outros dois, 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 Portal Corporativo 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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 do 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 - DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: CO-PARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

9.4.1 - Este plano terá uma COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO e uma FRANQUIA POR EVENTO, de acordo com o definido na proposta de adesão e em conformidade com a legislação vigente à época da contratação.

9.4.2 - A coparticipação consiste no pagamento pelo CONTRATANTE à CONTRATADA de uma parte da despesa assistencial, relacionada a(os) procedimento(s) sobre os quais incide, estipulada previamente **EM VALOR FIXO** ou **PERCENTUAL** no ato da contratação.

9.4.3 - O limite máximo de coparticipação definido na proposta de adesão será considerado por procedimento realizado, para fins e efeitos desse contrato.

9.4.4 - A FRANQUIA É um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada, estipulada previamente **EM VALOR FIXO** na proposta de adesão, no ato da contratação.

9.4.5 - A coparticipação e a franquias terão como base de cálculo as tabelas de remuneração aos cooperados e de pagamento aos prestadores da Unimed Goiânia, vigentes à época da realização dos procedimentos/eventos.

9.4.6 - O desembolso a título de coparticipação ou franquias pelo beneficiário não possui a natureza de contribuição na contraprestação pecuniária do plano ora contratado.

CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2 - O 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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



beneficiário inscrito, além dos valores relativos à coparticipação para os procedimentos previstos nas condições gerais e Proposta de Adesão.

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

10.4 - Se o CONTRATANTE não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA ou retirá-lo através do Portal Corporativo www.unimedgoiania.coop.br, sendo que a CONTRATADA disponibilizará para o 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 do 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, ACRESCIDOS DE MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) APÓS O VENCIMENTO.

10.7 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS 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 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS

11.1.1 - 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, desde que previamente negociado e aditado entre as partes.

11.1.1.1 - 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** -

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 ainda, 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 acumule 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 (Sm) 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 (RT), o índice estipulado no artigo anterior - reajuste econômico, será adicionado ao reajuste técnico, apurado conforme a fórmula a seguir:

$$RT = (S \div Sm) - 1$$

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;

Sm = 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 (doze) 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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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 - Os reajustes anuais dos valores da contraprestação pecuniária serão negociados livremente pelas partes até a data base pactuada (data de aniversário do contrato). **CASO NÃO HAJA CONSENSO** entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto, fica estipulado o prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data base, para que seja finalizada.

11.1.4.5 - Encerrada a negociação de reajuste entre as partes, será aplicado o índice negociado a partir da data de aniversário do contrato. Caso o reajuste ocorra em data posterior à do aniversário do contrato a data base, o **CONTRATANTE** se compromete a pagar à **CONTRATADA** a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior ao encerramento da negociação, em condições a serem pactuadas e firmadas em Termo de Acordo.

11.1.4.6 - **CASO NÃO HAJA CONSENSO** entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto no prazo de 90 (noventa) dias estipulado nesta cláusula, o contrato será renovado automaticamente com a aplicação do índice **PROPOSTO** no reajuste técnico descrito nesta cláusula, a partir da data do seu aniversário. Neste caso, se compromete o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA** a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior àquele que se deu a aplicação do índice de reajuste e a renovação do contrato.

11.1.4.7 - Optando o **CONTRATANTE** pela rescisão do contrato após a data base sem que tenha havido aplicação de reajuste, será, então, aplicado o índice **PROPOSTO** no reajuste econômico, descrito nesta cláusula, a partir da data do aniversário do contrato até a data do seu cancelamento, **COMPROMETENDO-SE** o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA** a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior à rescisão.

11.1.4.8 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados no plano ora contratado.

11.2 - DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS, PARA FINS DE REAJUSTE

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 número igual ou inferior a 99 (noventa e nove) beneficiários.

11.2.2 - **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 INSTRUMENTO.**

11.2.3 - A apuração da quantidade de beneficiários para a composição do **AGRUPAMENTO DE CONTRATOS** será feita, inicialmente, no **MÊS DA SUA CONTRATAÇÃO** e posteriormente **UMA ÚNICA VEZ POR ANO**, no **ANIVERSÁRIO** de cada contrato.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



11.2.4 - DO CÁLCULO DO REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS

11.2.4.1 - 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.

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

11.2.5 - REAJUSTE ECONÔMICO

11.2.5.1 - 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 **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, divulgado pelo IBGE, acumulado no período de **12 (doze) meses**, consecutivos entre os meses de **Março e Fevereiro** do ano subsequente, sendo este o período de cálculo do percentual de reajuste.

11.2.5.2 - Na falta da divulgação do índice **IPCA/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.

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

11.2.6 - REAJUSTE TÉCNICO

11.2.6.1 - 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 complementarará o Reajuste Econômico previsto neste contrato, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.2.6.2 - 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 a Fevereiro** do ano subsequente.

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

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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;

Sm = Meta de Sinistralidade correspondente a 75% (setenta e cinco por cento).

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

11.2.7.1 - 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.

11.2.7.2 - 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.

11.2.7.3 - O percentual de reajuste obtido será aplicado no mês de aniversário do contrato integrante da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, no período compreendido entre os meses de MAIO de cada ano a ABRIL do ano imediatamente subsequente.

11.2.7.4 - 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.

11.2.7.5 - O percentual de reajuste será único para todos os contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS.

11.2.7.6 - 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.

11.2.7.7 - O percentual de reajuste aplicado será informado também na fatura de cobrança.

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

- 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 o 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 DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO

13.1 - São consideradas condições para a PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO TITULAR deste plano:

- a) Óbito do titular;
- b) Rescisão do presente contrato;
- c) Solicitação de exclusão do plano, realizada pelo próprio titular ou pelo contratante;
- d) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- e) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0**



13.2 - Os DEPENDENTES PERDERÃO A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS nas seguintes situações:

- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) Por solicitação do beneficiário titular ou do contratante;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.3 - A CONTRATADA poderá EXCLUIR beneficiários ou SUSPENDER A ASSISTÊNCIA à saúde dos mesmos, SEM A ANUÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato;
- c) Solicitação de exclusão pelo beneficiário titular, quando ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias da solicitação realizada junto à pessoa jurídica CONTRATANTE, devidamente comprovado.

13.4 - A solicitação de exclusão deverá ser realizada pelo beneficiário titular e terá EFEITO IMEDIATO e CARÁTER IRREVOGÁVEL a partir da data de ciência da CONTRATADA.

13.5 - O CONTRATANTE obriga-se a cientificar a CONTRATADA através do Portal Corporativo da Operadora, www.unimedgoiania.coop.br, na área restrita da CONTRATANTE, em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data da solicitação de exclusão pelo beneficiário titular.

13.6 - Expirado o prazo disposto no item anterior sem que o CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitá-la diretamente à Operadora através dos seguintes meios:

- a) PRESENCIAL, na sede da Operadora, acompanhado do cartão do plano e documento pessoal de identificação;
- b) Por TELEFONE, pela Central de Atendimento Telefônico, nos telefones: (62)3216-8000 /0800-642-8008;
- c) Via PORTAL CORPORATIVO da Operadora, no endereço www.unimedgoiania.coop.br, na área restrita do beneficiário.

13.7 - Quando da exclusão de beneficiários e/ou da perda dessa qualidade conforme descrito nesta cláusula, será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento por eventuais prestações pecuniárias e/ou coparticipações/franquias pela utilização de serviços anteriores à exclusão solicitada, quando houver.

13.8 - Será de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, pelos beneficiários excluídos, após a data de solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



13.9 - A exclusão de beneficiários realizada por qualquer meio ou condição, poderá importar em:

- a) Cumprimento de novos períodos de carência, conforme descrito neste instrumento em cláusula específica desse tema;
- b) Cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, em casos de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, conforme descrito neste instrumento em cláusula específica desse tema;
- c) Perda do direito à remissão, quando houver.

13.10 - A CONTRATADA, deverá encaminhar, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data que a mesma foi cientificada, o comprovante da efetiva exclusão do beneficiário, por qualquer meio que assegure a sua ciência.

CLÁUSULA XIV - CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL

14.1 - Cabe à CONTRATADA o direito de SUSPENSÃO OU RESCISÃO IMEDIATA E UNILATERAL nos seguintes casos:

- a) Quando de DOLO OU FRAUDE comprovada;
- b) Total inexistência de beneficiários cadastrados no plano contratado, após 30 (trinta) dias da celebração contratual; e/ou
- c) Redução do número de beneficiários ativos no plano conforme pactuado na Proposta de Adesão.

14.2 - O atraso no pagamento da mensalidade, pelo 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 imotivadamente este contrato, mediante prévia comunicação da parte solicitante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, a contar do dia do recebimento da notificação de cancelamento.

14.4 - O CONTRATANTE poderá ainda rescindir dentro do prazo de vigência inicial estabelecida, desde que esteja em dia com a suas obrigações financeiras advindas deste contrato e acate o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato, tendo como base a média per capita das mensalidades pagas até a data da efetiva rescisão contratual.

14.5 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O 50º (QUINQUAGÉSIMO) DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

14.6 - A RESCISÃO CONTRATUAL DURANTE A VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO (PRIMEIROS 12 MESES), MOTIVADA POR INADIMPLÊNCIA DO CONTRATANTE, POR DOLO OU FRAUDE, OU AINDA POR REDUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS PACTUADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO, ACARRETERÁ UMA MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 50%

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



(CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DA VIGÊNCIA INICIAL TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL.

14.7 - Nos casos de rescisão previstos nesta cláusula, será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento por:

- a) Contraprestações pecuniárias vencidas, quando houver;
- b) Eventuais coparticipações e/ou franquias de procedimentos realizados anteriormente à rescisão contratual, quando houver;
- c) Despesas decorrentes de serviços realizados anteriormente à rescisão contratual;
- d) Despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, após a data de solicitação de cancelamento/rescisão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.

14.8 - A não quitação do(s) débito(s) existente(s) ensejará as medidas de cobranças pela CONTRATADA, sem prejuízo da inscrição do nome do devedor nos cadastros restritivos de crédito (SPC / SERASA) e/ou a adoção das medidas judiciais cabíveis.

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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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).

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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.

FRANQUIA: é um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada.

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.

IMPERATIVO CLÍNICO: decisão e/ou indicação do corpo clínico e/ou médico assistente.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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

JUNTA MÉDICA: junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade.

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: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PARTO A TERMO: é aquele que ocorre entre a 37^a (trigésima sétima) e 42^a (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.

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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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

PÓS-PARTO IMEDIATO: período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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 pelo 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.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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: O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS refere-se à lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde e deve ser garantida pela operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado, o qual é composto por seus Anexos, dentre eles as Diretrizes de Utilização. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos. O referido Rol poderá ser acessado por meio do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no seguinte endereço: <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

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.

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

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde
Plano Coletivo por Adesão - ESTADUAL ADESÃO CP 30 ENF
Enfermaria - 479.415/17-0



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

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

15.6 - 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.

15.7 - 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.

15.8 - 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) Manual de Orientação para Contratação - Guia Rápido, quando for o caso;
- f) Declaração de Saúde, quando for o caso;
- g) Tabela de preços, quando for o caso.

15.9 - O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso de atendimento por outras **UNIMED'S** e/ou empresas integrantes do **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, com o que a **CONTRATADA** manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



1 - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL

1.1 - DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, CONCEITUADOS E DEFINIDOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, EM ÂMBITO NACIONAL, DESDE QUE UTILIZADOS OS SERVIÇOS DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA A ALGUMA COOPERATIVA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED.

1.2 - 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.

1.3 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento de urgência e emergência LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

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.

1.4 - A PARTIR DO PRAZO ESTABELECIDO NO ITEM ACIMA - PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS DO ATENDIMENTO - E/OU HAVENDO A NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PASSA A SER DO CONTRATANTE, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À OPERADORA.

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

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1 - UTI MÓVEL TERRESTRE

1.1 - DAS DEFINIÇÕES

1.1.1 - UTI MÓVEL TERRESTRE é um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em casos de urgências e emergências, com ou sem Remoção Terrestre.

1.1.2 - Para os efeitos do serviço contratado são adotadas, ainda, as seguintes definições:

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: atendimento médico de urgências e emergências no local onde se der o evento e, se necessário for, a remoção via terrestre até o estabelecimento hospitalar credenciado pela Unimed Goiânia.

BUSCA: ato de buscar pessoas, acidentadas ou não, em local incerto, tendo como referência apenas a região nas mais diversas situações.

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

REMOÇÃO: ato de remover pessoas seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar.

SOS FONE: serviço de orientação médica 24 horas por meio de ligação gratuita.

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

1.2 - DA COBERTURA

1.2.1 - O ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL em casos de urgências ou emergências, com ou sem REMOÇÃO, cobrirá os seguintes quadros clínicos:

a) Alergologia:

- reações alérgicas agudas com manifestação respiratória;
- choque anafilático e síndromes similares;

b) Cardiologia:

- infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas;
- aneurisma dissecante da aorta;
- obstrução das artérias com comprometimento sistêmico grave;
- arritmias cardíacas agudas;
- choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico).

c) Gastroenterologia:

- hemorragias digestivas (alta e baixa);
- quadros abdominais agudos: inflamatórios, hemorrágicos, perforativos, vasculares e obstrutivos).

d) Neurologia:

- acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda);
- traumatismo cranioencefálico (fase aguda);
- traumatismo raquimedular (fase aguda);
- aneurisma intracraniano roto;
- crises convulsivas de qualquer etiologia;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



- hipertensão intracraniana.
- e) **Pneumologia:**
 - pneumotórax espontâneo;
 - derrames pleurais com comprometimento ventilatório;
 - estado de mal asmático;
 - insuficiência respiratória aguda de qualquer etiologia.
- f) **Nefrologia:**
 - insuficiência renal aguda em local não coberto por diálise;
- g) **Ginecologia e Obstetrícia:**
 - prenhez tubária rota;
 - grandes hemorragias puerperais;
 - ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário;
 - qualquer situação do ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto.
- h) **Traumatologia:**
 - politraumatizado;
 - traumas de face com distúrbios de ventilação;
 - traumas de face com lesão no globo ocular;
 - traumatismo torácico contusos e/ou penetrantes;
 - traumas de grandes vasos sanguíneos com necessidade de cirurgia imediata;
 - trauma abdominal contuso e/ou penetrante;
 - trauma extenso de partes moles;
 - amputação traumática (após avaliação da Central);
 - queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%;
 - queimaduras de vias aéreas, dos órgãos genitais e da face;
 - acometimento sistêmico por corrente elétrica;
 - afogamento;
 - intoxicações exógenas graves;
 - picadas de animais peçonhentos, com risco de vida.
- i) **Outros:**
 - cetoacidose diabética;
 - crise tireotóxica;
 - hipoglicemia severa;
 - crise psicótica aguda;
 - desidratação aguda de qualquer etiologia;
 - qualquer outra situação de urgência/ emergência que envolva risco para o paciente.

1.2.2 - Inclui-se nesta cobertura a Orientação Médica 24 (vinte e quatro) horas pelo SOS Fone: 0800-725-5555, através do qual o beneficiário poderá esclarecer as mais diversas dúvidas médicas com um profissional capacitado para tal.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1.3 - DO ATENDIMENTO

1.3.1 - O atendimento deverá ser solicitado através da Central de Emergências **SOS UNIMED** pelo telefone **0800-725-5555**, que permanecerá em funcionamento durante 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas.

1.3.2 - A UTI MÓVEL TERRESTRE atenderá o beneficiário e fará sua remoção, se necessário, para uma UNIDADE HOSPITALAR da rede credenciada pela Unimed Goiânia para a continuidade do atendimento, observando-se as coberturas contratadas no plano de assistência médica.

1.3.3 - A remoção será feita em Ambulância UTI - Móvel com a presença de Médico Emergencialista, Socorrista e Técnico de Enfermagem devidamente habilitados para o atendimento e a remoção.

1.3.4 - Todas as chamadas telefônicas para solicitação de orientações aos beneficiários e de atendimento médico, serão feitas à Central de Emergências SOS UNIMED, cabendo ao médico regulador decidir pela liberação imediata de equipe médica para atendimento e/ou orientações telefônicas aos beneficiários, isto é, informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo paciente para obtenção da assistência médica mais adequada, e no menor espaço de tempo possível.

1.3.5 - Todas as conversações envolvendo a Central de Emergências **SOS UNIMED** serão gravadas de acordo com regulamentação do Conselho Federal de Medicina - CFM.

1.4 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO

1.4.1 - OS BENEFICIÁRIOS TERÃO ACESSO AO SERVIÇO ORA CONTRATADO APÓS O CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DA SUA INCLUSÃO, OBSERVADO O PERÍODO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA CELEBRADO COM A CONTRATADA.

1.5 - DA IMPOSSIBILIDADE DO ATENDIMENTO

1.5.1 - Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência/emergência ou pela dificuldade de se chegar ao local por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereçam risco aos profissionais da UTI MÓVEL TERRESTRE, entre outras, for manifestada a impossibilidade de atendimento ao beneficiário em prazo adequado, deverá o médico regulador, quando acionada a Central de Emergências SOS UNIMED, orientar o solicitante a procurar o local mais próximo de pronto atendimento médico, até que os profissionais da UTI MÓVEL TERRESTRE tenham tempo de se dirigir ao local onde foi encaminhado o beneficiário contratante.

1.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA

1.6.1 - A ABRANGÊNCIA DA COBERTURA DA UTI MÓVEL TERRESTRE COMPREENDE O PERÍMETRO URBANO DAS CIDADES DE GOIÂNIA-GO, APARECIDA DE GOIÂNIA-GO E TRINDADE-GO.

1.6.2 - Para o serviço de Orientação Médica através do SOS Fone não há limitação de abrangência territorial.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1.7 - 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.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



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 400km (quatrocentos 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;

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



- 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 epilético, 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);

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



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 400 KM (QUATROCENTOS 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 CONTRATANTE.

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

3.1 - OS PREÇOS PREVISTOS NESTE CONTRATO SERÃO REAJUSTADOS ANUALMENTE CONSIDERANDO O ÍNDICE DE REAJUSTE APLICADO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

3.1.1 - Se, por qualquer motivo, a contratada não puder praticar o reajustamento nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pelo índice IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda do período.

Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



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.

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

3.3 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizado o seu endereço junto à CONTRATADA, para fins e efeitos deste contrato.

3.4 - OCORRENDO IMPONTUALIDADE NO PAGAMENTO DAS FATURAS, O CONTRATANTE PAGARÁ, QUANDO A LEGISLAÇÃO PERMITIR, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E 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.

3.5 - A VIGÊNCIA INICIAL OBRIGATÓRIA DO PRESENTE CONTRATO É DE 12 (DOZE) MESES, PRORROGANDO-SE POR PRAZO INDETERMINADO.

3.5.1 - A VIGÊNCIA DESTES CONTRATO SERÁ CONTADA A PARTIR DA DATA DE SUA ASSINATURA.

3.6 - CABE À CONTRATADA O DIREITO DE RESCISÃO CONTRATUAL IMEDIATA E UNILATERAL QUANDO OCORRER DOLO OU FRAUDE COMPROVADA POR PARTE DO CONTRATANTE E/OU GRUPO FAMILIAR.

3.7 - 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.

3.8 - EM VIRTUDE DO CÁLCULO ATUARIAL ELABORADO PARA ESSE TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, NOS CASOS DE RESCISÃO CONTRATUAL ABAIXO ELENCADOS, SERÁ EXIGIDO PELA CONTRATADA O PAGAMENTO DA MULTA RESCISÓRIA CORRESPONDENTE AO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DA VIGÊNCIA INICIAL DE 12 (DOZE) MESES DA ASSINATURA DO CONTRATO, TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL, PARA OS SEGUINTE CASOS DE RESCISÃO:

- a) MOTIVADA PELA OCORRÊNCIA DE DOLO OU FRAUDE COMPROVADA POR PARTE DO CONTRATANTE E/OU GRUPO FAMILIAR DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO;
- b) A PEDIDO DO CONTRATANTE, ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL ESTABELECIDO NO CONTRATO;
- c) PELA INADIMPLÊNCIA DO 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.

3.8.1 - NOS CASOS QUE SE REFERE O ITEM ANTERIOR, SERÁ ASSEGURADO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS ATÉ O ÚLTIMO DIA CORRESPONDENTE À ÚLTIMA MENSALIDADE PAGA.



Proposta de Preços Pessoa Jurídica



CÓDIGO - FORM 520 E

REVISÃO - 07

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA - PRÉ-PAGAMENTO

À ADUFG, temos a satisfação em apresentar nossa proposta de preços do Plano de Assistência Médico - Hospitalar.

A proposta foi elaborada levando-se em consideração as informações fornecidas por meio da planilha de fatores, conforme abaixo discriminado:

ESTADUAL ADESAO CP 30

COM COPARTICIPAÇÃO DE 30% EM CONSULTAS, EXAMES E TERAPIAS

FAIXAS	Quantidade de Vidas	Variação Faixa (%)	Enfermaria		Apartamento	
			479.415/17-0		479.421/17-4	
Até 18	244	0,00%	R\$	187,80	R\$	234,76
19 a 23	19	22,99%	R\$	230,98	R\$	288,73
24 a 28	18	12,79%	R\$	260,52	R\$	325,66
29 a 33	85	13,42%	R\$	295,48	R\$	369,36
34 a 38	137	13,98%	R\$	336,79	R\$	421,00
39 a 43	129	17,14%	R\$	394,52	R\$	493,16
44 a 48	77	29,88%	R\$	512,40	R\$	640,52
49 a 53	28	29,93%	R\$	665,76	R\$	832,23
54 a 58	14	29,97%	R\$	865,29	R\$	1.081,65
59 ou +	20	30,21%	R\$	1.126,69	R\$	1.408,42
Total	771					

* Valores sem SOS UNIMED. Opcional por Família, podendo ser incluso a R\$ 10,90 por beneficiário.

* Autorizada pelo SETIME.


* Não Contempla Afastados.

Obs.: Valores serão revistos caso haja diferença de 5% da massa efetivada em relação à desta proposta. Para efetivar a contratação deverá ser apresentada toda a documentação solicitada.

Agradecemos pela atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos pelo telefone: (62) 3216-8203 ou pelo e-mail: re.empresarial3@unimedgoiania.coop.br

Atenciosamente,

Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico


 Jordana Nunes de Oliveira Nogueira
 Coordenadora de Área - SETEMP
 Unimed Goiânia

Emissão:	07/03/2023
Validade:	17/03/2023

Paulo Roberto dos Santos Junior
 Assistente de Processos - SETEMP
 Unimed Goiânia - ADM

RE.Empresarial 3 (Suporte 1)

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Disposição
10/11/2022	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 02.721.652/0001-40 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 11/03/1980
NOME EMPRESARIAL SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) ADUFG SINDICATO			PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 94.20-1-00 - Atividades de organizações sindicais			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 313-1 - Entidade Sindical			
LOGRADOURO AV NONA AVENIDA	NÚMERO 193	COMPLEMENTO *****	
CEP 74.643-080	BAIRRO/DISTRITO LESTE VILA NOVA	MUNICÍPIO GOIANIA	UF GO
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE (62) 3202-2180	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/03/2003	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 22/03/2023 às 16:40:05 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[CONSULTAR QSA](#)[VOLTAR](#)[IMPRIMIR](#)

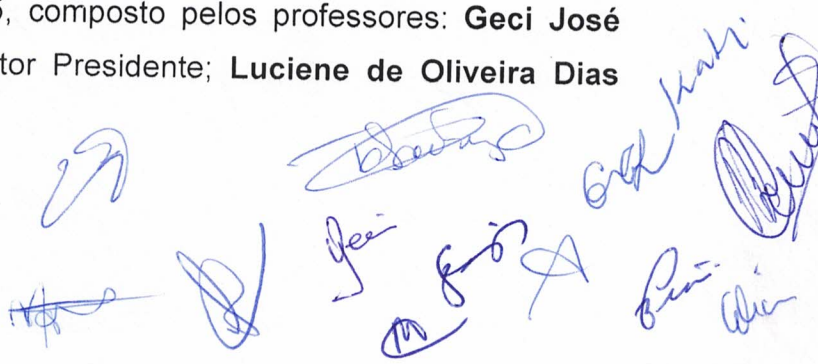
A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL

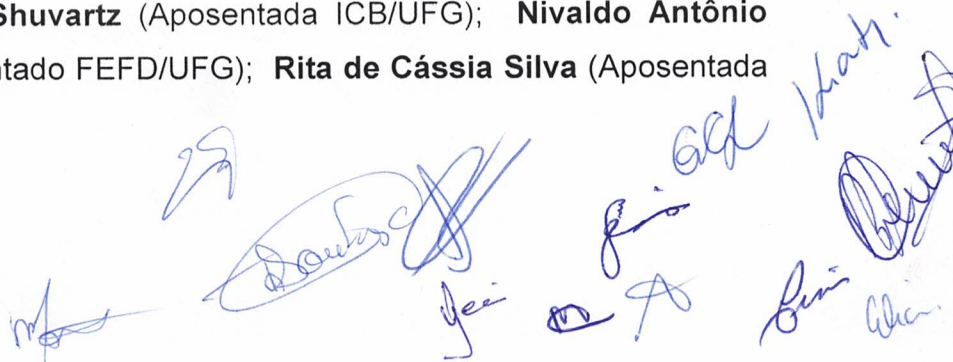
ADUFG SINDICATO – SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES
FEDERAIS DE GOIÁS

**ATA DA ASSEMBLEIA DE POSSE DA 20ª DIRETORIA DO ADUFG-
SINDICATO E CONSELHO DE REPRESENTANTES, MANDATO 2022/2025.**

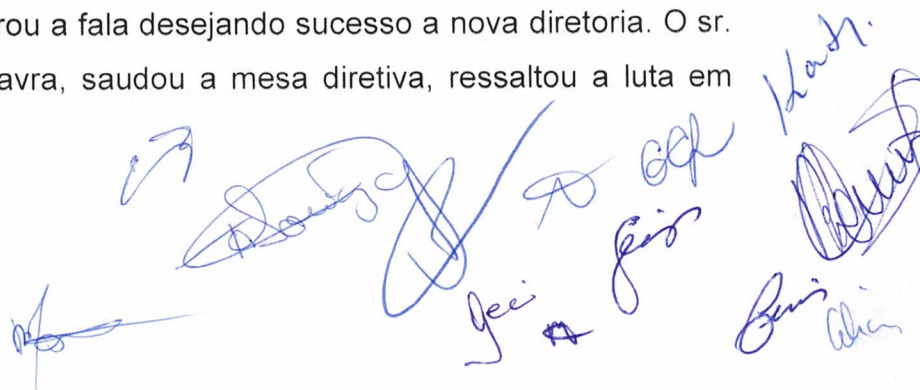
Aos vinte e oito dias do mês de julho de dois mil e vinte e dois, às dezenove horas, no Auditório do Adufg-Sindicato, situado na 9ª Avenida, nº 193, Setor Leste Vila Nova, Goiânia - GO, CEP 74643-080, foi realizada a Assembleia de Posse da 20ª Diretoria do Adufg-Sindicato e Conselho de Representantes. O prof. Flávio Alves da Silva, Diretor presidente em exercício, conduziu a direção da Assembleia, como secretária "ad hoc" a profa. Ana Christina de Andrade Kratz e o advogado Elias Menta Macedo pela Assessoria Jurídica do Sindicato. O prof. Flávio Alves da Silva iniciou informando aos presentes a pauta da assembleia, a saber: 1. *Posse da 20ª Diretoria do Adufg-Sindicato e do Conselho de Representantes, mandato 2022/2025.* Dando seguimento a cerimônia de Posse, o Coral Vozes do Adufg-Sindicato apresentou três músicas, na sequência, foi composta a mesa diretiva com as autoridades: Prof. Flávio Alves da Silva, diretor presidente em exercício; sr. Anselmo Pereira, Vereador de Goiânia; sr. Fernando Cesar Mota, Coordenador Geral do Sint-lfesgo; Profa. Angelita Pereira de Lima, Reitora da UFG; Prof. Américo Nunes da Silveira Neto, Reitor da UFJ; Prof. Samuel Lemos, Pró-Reitor da UFCat; Prof. João Batista de Deus, Diretor da Proifes-Federação; sr. Michel Afif Magul, Secretário do município de Goiânia; sr. Adriano da Rocha Lima, Secretário chefe da Secretaria Geral da Governadoria de Goiás e prof. Geci José Pereira da Silva, diretor presidente eleito. Após a composição da mesa diretiva e apresentação do Hino Nacional, foi lido pela secretária executiva da entidade, Beatriz Pereira Miranda, o termo de posse dos novos diretores do Adufg-Sindicato para o triênio 2022/2025, composto pelos professores: **Geci José Pereira da Silva** (IME-UFG), Diretor Presidente; **Luciene de Oliveira Dias**



(FIC-UFG), Diretora 1ª Vice-Presidente; **Luís Antônio Serrão Contim** (UFJ), Diretor 2º Vice-Presidente; **Ricardo Ribeiro Moura** (FENG-UFCAT), Diretor 3º Vice-Presidente; **Gláucia Carielo Lima** (FANUT-UFG), Diretora Secretária; **Tatiana de Sousa Fiuza** (ICB-UFG), Diretora de Comunicação, Promoções Sociais, Culturais e Científicas; **Flávio Alves da Silva** (EA-UFG), Diretor Administrativo; **Maria José Pereira de Oliveira Dias** (CEPAE-UFG), Diretora de Assuntos Educacionais e de Carreira; **Romualdo Pessoa Campos Filho** (IESA-UFG), Diretor Financeiro; **André Luiz Bortolaz Geyer** (EECA-UFG), Diretor de Convênios e Assuntos Jurídicos; **Ana Christina de Andrade Kratz** (Aposentada FE-UFG), Diretora de Assuntos de Aposentadoria e de Pensão; **Geovana Reis** (FE-UFG), Diretora de Assuntos Interinstitucionais. Após a leitura, convidou os novos diretores para a assinatura do Termo de Posse. Ato contínuo, a professora Glaucia Carielo de Lima, diretora secretária eleita, leu o termo de posse dos integrantes eleitos do Conselho de Representantes do Adufg-Sindicato que estavam presente e também foram empossados, sendo eles os(as) professores(as): **Gene Maria Vieira Lyra Silva** (Aposentada CEPAE/UFG); **Maria das Graças Monteiro Castro** (FIC/UFG); **Cristiano Farias Almeida** (FCT/UFG); **Eliane Leão** (Aposentada EMAC/UFG); **Edna de Jesus Goya** (Aposentada FAV/UFG); **João Batista de Deus** (IESA/UFG); **Isaura Rodrigues da Silva** (Aposentada FEFD/UFG); **Rosângela Aparecida Ribeiro Carreira** (FL/UFG); **Mary Fátima de Lacerda Mendonça** (Aposentada FL/UFG); **Júlio Cesar Valandro Soares** (FCT/UFG). Os conselheiros eleitos que não puderam comparecer na posse serão empossados em assembleia geral específica em data posterior, em conformidade como o art. 14 do estatuto da entidade e terão o mesmo término de mandato dos empossados. Conselheiros eleitos ausentes: **Dulce Terezinha Oliveira da Cunha** (Aposentada FANUT/UFG); **Fernando Pereira dos Santos** (Aposentado CEPAE/UFG); **Marilda Shuvartz** (Aposentada ICB/UFG); **Nivaldo Antônio Nogueira David** (Aposentado FEFD/UFG); **Rita de Cássia Silva** (Aposentada



EECA/UFG); **Fernando José dos Santos Dias** (CIAGRA/UFJ); **Didier Quevedo Cagnini** (Ciências Biológicas/UFJ); **Marcos Lázaro Moreli** (Ciências da Saúde/UFJ); **Maria Ângela de Ambrosis Pinheiro Machado** (EMAC/UFG); **Juarez Patrício de Oliveira Júnior** (EA/UFG); **Tiago Camarinha Lopes** (FACE/UFG); **Roberto Abdala Júnior** (FH/UFG); **Lucinéia Scremin Martins** (FCS/UFG); **Maria Augusta Peixoto Mundim** (FE/UFG); **Ricardo Lira de Rezende Neves** (FEFD/UFG); **Jacqueline Rodrigues de Lima** (FEN/UFG); **André Carlos Silva** (FENG/UFCAT); **Maria Goretti Queiroz** (FO/UFG); **Manoel Calaça** (IESA/UFG); **Humberto de Assis Clímaco** (IME/UFG); **Simone Maria Teixeira de Saboia Moraes** (ICB/UFG); **Olga Soares do Rêgo Barros** (IQ/UFG); **Raul Isaías Campos** (UACH Goiás); **Francismário Ferreira dos Santos** (UAE de Ciências Exatas e Tecnológicas UFJ); **Luciana Cristina Porfírio** (UAE-EDU/UFJ); **José Rodolfo Pacheco Thiesen** (UAECSA/Goiás). Como membros suplentes, os(as) professores(as): **Alésio Clarete Isaac Vieira** (Aposentado CEPAE/UFG); **Eliana Melo Machado Moraes** (Aposentada/UFJ); **Magid Elie Khouri** (Aposentado EECA/UFG); **Paulo José Cabral Lacerda** (Ciências da Saúde/UFJ); **Gardenia de Souza Furtado Lemos** (FE/UFG); **Rafael Franco Coelho** (FIC/UFG). Em sequência o professor Flávio, cumprimentou os membros da mesa diretiva, expôs sobre os ataques e os desmontes do serviço público, e as ações realizadas pelo Adufg-sindicato contra o retrocesso do governo e da retirada de direitos sociais. Disse que o sindicato e o Proifes lutaram fortemente contra os ataques do governo e contra às PECs. Agradeceu a assessoria jurídica do sindicato pelo excelente trabalho prestado. Informou sobre as construções e melhorias realizadas pela diretoria. Agradeceu os membros da diretoria do mandato de 2017 a 2022, as entidades parceiras e os funcionários do Adufg. Agradeceu o prof. Geci que foi um grande apoiador e incentivador durante sua trajetória nos movimentos estudantis e sindical. Encerrou a fala desejando sucesso a nova diretoria. O sr. Fernando Mota, com a palavra, saudou a mesa diretiva, ressaltou a luta em



Handwritten signatures in blue ink, including names like 'Geci', 'Flávio', 'Mota', and others, along with a large blue arrow pointing upwards and to the right.

importância da democracia. Parabenizou a profa. Milca Severino, que foi reitora da UFG, pela representatividade. O prof. João Batista de Deus, representando o Proifes, com a palavra, parabenizou a diretoria do Proifes e a nova diretoria. O sr. Anselmo Pereira, vereador de Goiânia, com a palavra, parabenizou o trabalho do prof. Flávio frente à gestão, onde criou espaço democráticos, cumprimentou a mesa. O sr. Adriano da Rocha Lima, agradeceu a parceria e apoio a universidade. Parabenizou o papel dos profs. Thiago Rangel e José Alexandre pela luta durante a pandemia e ressaltou a importância da defesa da ciência, que fez com que os impactos da pandemia fossem o menor possível, ressaltando a sua confiança no avanço das eleições e no sistema eleitoral brasileiro. O Prof. Geci José Pereira da Silva, com a palavra, cumprimentou a mesa diretiva, agradeceu aos/as professores/as que integraram a diretoria 2017 a 2022 e, aos/as professores/as que compõe a nova gestão, estendendo agradecimentos aos professores que ajudaram na construção do Adufg, informou que não medirá esforços para continuar realizando um trabalho político, cultural e social de acordo com as necessidades da categoria, reafirmou o compromisso em defesa dos direitos, condições de trabalho e fortalecimento a categoria. Após, o prof. Flávio Alves da Silva agradeceu a presença e encerrou a Assembleia de Posse da 20ª Diretoria do Adufg-Sindicato e Conselho de Representantes. Nada mais havendo a tratar, eu, professora Ana Christina de Andrade Kratz, secretária "ad hoc", lavrei a presente ata que segue assinada.

IUPRDPJ - Protocolo nº. 1730988 - 29/08/2022

SSOS/GOIÁS - SEPRETUC - AN. OICACATA - 04/12/2011

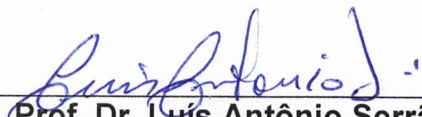
Geci José Pereira da Silva

Prof. Dr. Geci José Pereira da Silva
Diretor Presidente

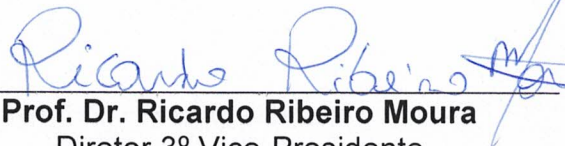
Luciene de Oliveira Dias

Profª. Drª. Luciene de Oliveira Dias
Diretora 1ª Vice-Presidente

Adriano
Thiago
Milca
Anselmo
João
Adriano
Luciene
Geci



Prof. Dr. Luís Antônio Serrão Contim
Diretor 2ª Vice-Presidente



Prof. Dr. Ricardo Ribeiro Moura
Diretor 3º Vice-Presidente



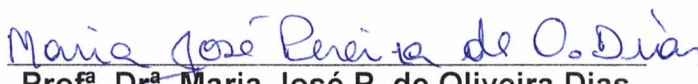
Profª. Drª. Gláucia Carielo Lima
Diretora Secretária




Profª. Drª. Tatiana de Sousa Fiuzo
Diretora de Comunicação, Promoções
Sociais, Culturais e Científicas



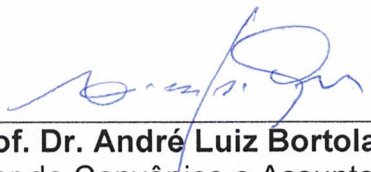
Prof. Dr. Flávio Alves da Silva
Diretor de Administrativo



Profª. Drª. Maria José P. de Oliveira Dias
Diretora de Assuntos Educacionais e de
Carreira



Prof. Dr. Romualdo Pessoa Campos Filho
Diretor Financeiro



Prof. Dr. André Luiz Bortolaz Geyer
Diretor de Convênios e Assuntos Jurídicos



Profª. Drª. Ana Christina de Andrade Kratz
Diretora de Assuntos de Aposentadoria e de
Pensão



Profª. Drª. Geovana Reis
Diretora de Assuntos Interinstitucionais



Dr. Elias Menta Macedo
OAB/GO 39.405
Assessor Jurídico



CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GO

NOME
GECI JOSE PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
2359277 SESP GO

CPF
427.595.951-53

DATA NASCIMENTO
03/05/1967

FILIAÇÃO
GERSON PEREIRA DA SILVA
MARIA DA CONCEICAO SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
00780727139

VALIDADE
17/05/2024

1ª HABILITAÇÃO
07/02/1995

OBSERVAÇÕES
A

Geci Jose Pereira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
17/05/2019

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

40121855663
GO136712690

GOIÁS

DENATRAN **CONTRAN**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1863033307

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço:
< <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >.

SERPRO / DENATRAN

**ESTATUTO DO ADUFG SINDICATO - SINDICATO DOS DOCENTES DAS
UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIÁS**

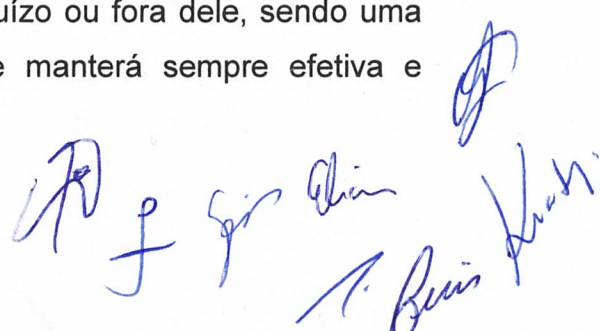
**TÍTULO I
DA ENTIDADE, SEUS FINS E SEDE**

Art. 1º - O ADUFG SINDICATO - SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIÁS, em conformidade e com base nos artigos 8 e 37, VI, da Constituição Federal, e nos artigos 53 a 61 do Código Civil Brasileiro, constitui-se como pessoa jurídica de direito privado, com natureza e fins não lucrativos, de duração indeterminada, com a finalidade de representação e defesa da categoria profissional dos(as) docentes das Universidades Federais de Goiás. O Adufg Sindicato é uma instância organizativa, deliberativa e executiva da categoria, tendo sede própria situada na 9ª. Avenida, nº 193, Setor Vila Nova, Goiânia, Goiás, CEP 74.643-080. Está registrado no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica [CNPJ] sob o nº 02.721.652/0001-40.

§ 1º - O ADUFG Sindicato tem autonomia política, administrativa, patrimonial e financeira tendo sua base sindical restrita aos docentes das Universidades Federais do Estado de Goiás.

§ 2º - O ADUFG Sindicato representa a categoria profissional dos docentes das Universidades Federais de Goiás e tem sua base territorial no Estado de Goiás.

Art. 2º - O ADUFG Sindicato é uma entidade representativa dos direitos e interesses de seus/suas sindicalizados(as), em juízo ou fora dele, sendo uma instituição democrática, laica e apartidária que manterá sempre efetiva e



Handwritten signatures in blue ink, including the name "Benício" and other illegible names.



integral autonomia em relação ao Estado e às instâncias institucionais de qualquer natureza.

Art. 3º - O ADUFG Sindicato tem por objetivo básico organizar sindicalmente os/as docentes das Universidades Federais do Estado de Goiás gozando, para tanto, das prerrogativas sindicais asseguradas na legislação, podendo representar e defender os interesses e direitos de seus/suas sindicalizados(as), da categoria profissional e de seus pensionistas perante as autoridades administrativas, previdenciárias e judiciárias. O ADUFG Sindicato também pode agir como substituto processual ou proponente de ações individuais e coletivas em defesa de direitos ou interesses difusos, coletivos, individuais homogêneos ou prerrogativas da carreira.

Art. 4º - São, ainda, objetivos e atribuições do ADUFG Sindicato:

- I - Reunir os docentes de sua base sindical;
- II - Empenhar-se pela melhoria do ensino público, laico e gratuito no Brasil, postulando melhores condições de trabalho e elevação do nível das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão nas Instituições de Ensino Superior (IES);
- III - Promover estudos, seminários e conclaves com vistas ao aprimoramento das políticas públicas para o ensino superior;
- IV - Promover a sua integração com entidades representativas dos docentes do ensino superior, dos servidores técnico-administrativos e dos discentes das instituições de ensino superior, bem como entre as demais entidades da sociedade civil organizada;
- V - Defender as adequadas condições para a excelência acadêmica dos docentes;
- VI - Promover estudos críticos voltados à problemática conjuntural do campo de atuação do ADUFG Sindicato, praticando constante autocrítica de gestão;
- VII - Divulgar as atividades das entidades representativas dos docentes das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES);



- VIII - Encaminhar propostas e sugestões às entidades representativas dos docentes das IFES;
- IX - Fixar a contribuição financeira de seus/suas sindicalizados(as), nos termos deste Estatuto e da Legislação;
- X - Celebrar convênios de interesse dos/das sindicalizados(as);
- XI - A deflagração e o término de greve pela entidade deverão ser necessariamente precedidos de aprovação em assembleia e plebiscito, no qual terão direito a voto todos(as) os(as) sindicalizados(as), nos termos deste estatuto, sendo que cada uma das Universidades Federais de Goiás terá sua apuração sobre essa temática realizada de forma separada, e o encaminhamento da decisão será individualizado por Universidade, podendo, inclusive, ser deflagrada greve em uma ou mais das Universidades Federais, conforme deliberação dos(as) sindicalizados(as);
- XII – Fundar e/ou filiar a Federação, Confederação ou Centrais Sindicais e outras organizações sindicais, inclusive de âmbito internacional, de interesse dos trabalhadores, mediante a aprovação dos(as) sindicalizados(as) de acordo com o estatuto.

Art. 5º - O ADUFG Sindicato é uma entidade com duração por tempo indeterminado e tem seu foro jurídico na capital do Estado de Goiás – Goiânia/GO.

TÍTULO II

DOS/ DAS SINDICALIZADOS(AS), SEUS DIREITOS E DEVERES

Art. 6º - Os(as) sindicalizados(as) do ADUFG Sindicato, de número ilimitado, para efeito legal, são sindicalizados(as) às entidades nacionais e internacionais nas quais o ADUFG Sindicato esteja ou venha a se filiar.

[Handwritten signatures]

Art. 7º - Podem ser sindicalizados(as) do ADUFG Sindicato todos(as) os(as) docentes das Universidades Federais de Goiás em efetivo exercício, licenciados, afastados ou aposentados, que junto à entidade tenham requerido sua sindicalização, além de outros que este estatuto permitir.

§ 1º - Os(as) docentes visitantes ou substitutos(as) poderão se tornar sindicalizados(as) mediante sua solicitação, enquanto durar seu vínculo empregatício com a instituição;

§ 2º - Os(as) pensionistas de docentes das Universidades Federais de Goiás poderão se tornar sindicalizados(as) especiais, mediante solicitação de filiação, com direitos restritos ao que prevê o Inciso III do art. 8º.

Art. 8º - São direitos dos sindicalizados(as):

- I - Votar nos órgãos de representação da entidade;
- II - Ser votado(a) para os órgãos de representação da entidade, com exceção de docentes visitantes, substitutos(as) e pensionistas;
- III - Participar de todas as atividades e partilhar dos benefícios e assistência prestados pela entidade;
- IV - Apresentar, em qualquer instância, ou por intermédio de seus/suas representantes, propostas, sugestões ou representações de qualquer natureza, que demandem providências de caráter deliberativo da entidade;
- V - Recorrer das decisões do Conselho Fiscal e da Diretoria à Assembleia Geral imediatamente subsequente à tomada das decisões;
- VI - Fiscalizar o funcionamento da entidade e sobre ele manifestar-se;
- VII - Fazer-se presente em Assembleia Geral por meio de procuração, com firma reconhecida, excetuando os casos de alienação de imóveis, destituição da diretoria e extinção da entidade.

Art. 9º - São deveres dos/das sindicalizados(as):

- I - Observar o presente Estatuto e as normas regimentais;

Handwritten signatures and initials in blue ink:
 - A large signature on the left.
 - "Góis" in the middle.
 - "Boris" below "Góis".
 - "Krah." on the right.
 - A circular stamp or mark on the far right.



- II - Manter-se em dia com as contribuições financeiras;
- III - Acatar as decisões de caráter geral da entidade;
- IV - Trabalhar pelos objetivos deste Estatuto e exercer, com diligência, os cargos para os quais forem eleitos.

§ 1º - As contribuições relativas ao Inciso II deste artigo poderão ser descontadas diretamente em folha de pagamento do órgão pagante ou mediante autorização de débito em conta.

§ 2º - Os sindicalizados(as) afastados(as) ou aposentados(as) que não recebam pelos cofres do órgão pagante deverão efetuar as contribuições relativas ao Inciso II deste artigo mediante autorização de débito em conta ou na sede da entidade.

Art. 10 - Será desligado(a) do quadro de sindicalizados(as) do ADUFG Sindicato:

- I - O(a) sindicalizado(a) que deixar de cumprir o disposto no Art. 9º, inciso II, deste Estatuto por um prazo superior a 90 (noventa) dias;
- II - Com exceção dos casos de aposentadoria e licença, o(a) sindicalizado(a) que, voluntariamente, deixar de exercer a profissão do magistério superior federal no Estado de Goiás;
- III - O(a) sindicalizado(a) que solicitar, por escrito, sua exclusão. O pedido de exclusão não isenta o requerente do cumprimento das obrigações estatutárias vencidas até a data do protocolo. No caso do pagamento das mensalidades, estas serão calculadas *pro rata die* caso a exclusão ocorra em data que não coincida com a do seu vencimento.

Parágrafo único: O sindicalizado sob processo de desligamento terá assegurado o direito de ampla defesa.

TÍTULO III

Alvin
Boris
Kathy

DA ESTRUTURA

Art. 11 - A estrutura do ADUFG Sindicato é assim constituída:

- I – Assembleia Geral;
- II - Conselho de Representantes;
- III - Diretoria;
- IV - Conselho Fiscal;

CAPÍTULO I DA ASSEMBLEIA GERAL

Art. 12 - A Assembleia Geral é o órgão soberano e deliberativo do ADUFG Sindicato, nos limites da Lei e deste Estatuto.

Parágrafo Único: A Assembleia Geral poderá ser Ordinária ou Extraordinária e acontecerá de forma presencial, eletrônica ou híbrida (presencial e eletrônica ao mesmo tempo).

Art. 13 - Compete privativamente à Assembleia Geral, dentre outras previstas neste Estatuto:

- I – Destituir membro da Diretoria;
- II – Alterar o presente Estatuto;
- III – Decidir sobre proposta de greve e sobre os procedimentos para sua deflagração e encerramento, sendo que cada uma das Universidades Federais de Goiás terá sua apuração sobre essa temática realizada de forma individual, podendo, inclusive, ser deflagrada greve em uma ou mais das Universidades Federais, conforme deliberação dos sindicalizados(as), bem como decidir e ou deliberar sobre a fundação, filiação ou desfiliação de Federação, confederação ou Central Sindical;
- IV – Dissolver a entidade.

Alcin
Ben
Paulo



§ 1º - As deliberações sobre os assuntos especificados nos quatro incisos deste artigo serão tomadas visando a participação do maior número de sindicalizados(as) possível, devendo, para tanto, ser convocada Assembleia Geral para discutir, encaminhar e formular propostas claras e objetivas sobre os temas, sendo necessário que, imediatamente após a discussão em assembleia e aprovação do texto das propostas, se abra plebiscito em que o sindicalizado poderá votar de forma física ou eletrônica. Imediatamente após o encerramento do plebiscito, que não terá duração inferior a 48 (quarenta e oito) horas, será proclamado o resultado e finalizada a Assembleia.

§ 2º - Para viabilizar as deliberações previstas no parágrafo anterior, a(s) proposta(s) a ser(em) apreciada(s) deverá(ão) ser divulgada(s) com antecedência e de modo claro e objetivo. Além disso, o edital convocatório deverá explicitar a forma de votação e o horário de início e de encerramento da votação presencial e/ou eletrônica.

§ 3º - Para que as deliberações a que se refere o inciso I deste artigo sejam consideradas válidas é exigida a participação na votação de, no mínimo, 50 (cinquenta) por cento do corpo de sindicalizados(as), bem como deverá superar o mínimo de 2/3 (dois terços) daqueles(as) que exercerem o direito de voto.

§ 4º - Para que as deliberações a que se refere o inciso II deste artigo sejam consideradas válidas é exigida a participação na votação de, no mínimo, 20 (vinte) por cento do corpo de sindicalizados(as), bem como o voto favorável de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos que exercerem o direito de voto.

§ 5º - Para as deliberações a que se refere o inciso III deste artigo será exigida a participação na votação de, no mínimo, 30% (trinta por cento) do corpo de sindicalizados(as) de cada uma das universidades, com voto favorável da maioria simples dos(as) votantes. Sendo que a decisão de deflagração de

Handwritten signatures in blue ink, including the name "Alison" and other illegible signatures.



greve ou não valerá apenas para Universidade que o(a) votante for vinculado(a), sendo o resultado da votação individualizado por Universidade.

§ 6º - Para que as deliberações a que se refere o inciso IV deste artigo sejam consideradas válidas é exigida a participação na votação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) do corpo de sindicalizados(as), bem como o voto favorável de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos que exerceram o direito de voto.

§ 7º - No caso de dissolução do ADUFG Sindicato, a Assembleia Geral que a dissolver decidirá sobre o destino a ser dado ao patrimônio.

§ 8º - Nos demais casos a Assembleia Geral obedecerá como disposto neste Estatuto.

Art. 14 – A Assembleia Geral reunir-se-á:

I – Ordinariamente, uma vez por ano, por convocação do presidente, para deliberar sobre o relatório e as contas da diretoria, apresentando o parecer do Conselho Fiscal e, quando for o caso, para a posse da diretoria e do Conselho de Representantes;

II – Extraordinariamente, quando convocada:

a – Pela diretoria;

b – Pelo Conselho de Representantes, de comum acordo com a diretoria;

c – Por, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos sindicalizado(a)s, na hipótese de a Diretoria não atender, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ao pedido de convocação por eles apresentado, devidamente fundamentado, com indicação das matérias a serem tratadas.

Art. 15 – A convocação da Assembleia Geral far-se-á mediante edital, contendo indicação do local, data e hora de sua instalação e a pauta. O edital será divulgado amplamente, de maneira que todos(as) os(as) sindicalizados(as) possam ser informados com, no mínimo, 05 (cinco) dias de antecedência.

Handwritten signatures in blue ink, including names like "Alison", "Boris", and "Kathy".

§ 1º - No caso de deliberações sobre os assuntos especificados nos incisos I a IV do Art. 13, o edital de convocação conterà também a data e hora da abertura e do encerramento da votação eletrônica e as propostas para deliberação.

§ 2º - As Assembleias não poderão decidir sobre assuntos que não constem do edital de convocação, sendo nulas eventuais deliberações tomadas fora da pauta do referido edital.

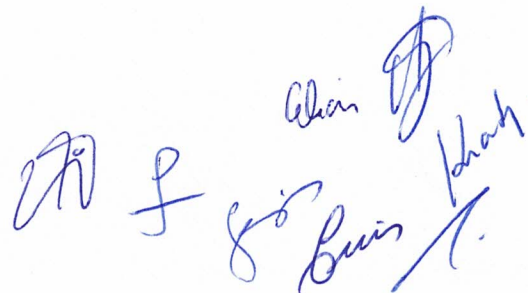
§ 3º - No caso do inciso I do Art. 13, a Assembleia será convocada com único ponto de pauta.

§ 4º - Uma vez instalada, a Assembleia Geral poderá considerar-se em reunião permanente, marcando o(a) presidente a data e horários das sessões sucessivas, até que fique esgotada a pauta.

§ 5º - Em caso de situação emergencial devidamente justificada, a Assembleia Geral poderá ser convocada com antecedência menor que 05 (cinco) dias.

Art. 16 - A Assembleia Geral reunir-se-á, ainda, por convocação do(a) presidente, para:

- I - Aprovar atos de outras instâncias deliberativas do ADUFG Sindicato, quando submetidos a seu referendo;
- II - Julgar os recursos dos sindicalizados(as), nos termos do Artigo 8º, inciso V, deste Estatuto;
- III - Autorizar a aquisição de bens que ultrapassem o valor de 50% (cinquenta por cento) da receita mensal do ADUFG Sindicato;
- IV - Autorizar a alienação de bens que ultrapassem o valor de 10% (dez por cento) da receita mensal do ADUFG Sindicato;
- V - Fixar a contribuição dos(as) sindicalizados(as);



Handwritten signatures in blue ink, including names like "Alain", "Luis", and "Khan".



VI – Decidir pela filiação e desfiliação do ADUFG Sindicato a outras entidades (federações, confederações e centrais sindicais), em especial aquelas dispostas no art. 4º, inciso XII, bem como eleger os(as) representantes do sindicato nas reuniões, seminários e congressos de entidades sindicais, federações, confederações e centrais sindicais, segundo normas desses órgãos e instâncias.

VII - Resolver os casos omissos neste Estatuto.

Parágrafo único: A fundação, filiação ou desfiliação de Federação, confederação ou Central Sindical de que trata o inciso VI deste artigo, só será efetivada após aprovação em Assembleia Geral convocada especificamente para este fim e a tomada de decisão, por maioria simples dos presentes, será indicativa para a categoria, sendo a decisão final homologada de acordo com o resultado de votação eletrônica obrigatória que deverá ser realizada com a participação de 20% dos(as) sindicalizados(as) em dia com suas obrigações e com a aprovação (ou não) de dois terços dos(as) participantes.

Art. 17 - A Assembleia Geral será convocada ordinariamente no mês de junho e extraordinariamente quando se atender aos critérios de convocação do Artigo 14.

§ 1º - A Assembleia será presidida pelo(a) diretor(a) Presidente ou seu/sua substituto(a).

§ 2º - A Assembleia será secretariada pelo(a) diretor(a) Secretário(a) ou seu/sua substituto(a), que lavrará a ata correspondente.

Art. 18 - A Assembleia Geral se instalará e deliberará com a presença mínima de 10% (dez por cento) do número total dos sindicalizados(as) em primeira convocação e, em segunda convocação depois de decorrido o prazo mínimo de 30 (trinta) minutos e no mesmo local, com qualquer número de presentes.

Several handwritten signatures in blue ink are present at the bottom right of the page. The signatures are stylized and include the names "Alien", "Sérgio", "Boris", and "Kathy".

Parágrafo Único: Na ata da Assembleia, devidamente aprovada, constarão a convocação em que foram abertos os trabalhos, o número de sindicalizados(as) presentes e a votação ocorrida sobre os diversos itens da pauta, anexando-se a ela a lista de assinaturas.

CAPÍTULO II

DO CONSELHO DE REPRESENTANTES

Art. 19 - O Conselho de Representantes, órgão consultivo do ADUFG Sindicato, presidido pelo presidente do ADUFG Sindicato, é composto pelos(as) sindicalizados(as), eleitos por seus pares, vinculados às respectivas unidades acadêmicas das Universidades Federais de Goiás.

§ 1º - Cada unidade acadêmica elegerá 01 (um) representante e seu/sua suplente.

§ 2º - Os(as) aposentados(as), independentemente de suas unidades acadêmicas de origem, escolherão seus representantes na proporção de 01 (um) para cada 100 (cem) sindicalizados(as) ou fração.

§ 3º - O representante poderá ser destituído por decisão de 2/3 (dois terços) dos/as sindicalizados(as) da sua unidade acadêmica, ou 5% (cinco por cento) do total de aposentados(as), referindo-se a esta categoria.

§ 4º - No caso de o(a) representante ou seu/sua suplente, ou ambos(as), estarem impedidos(as), serem destituídos(as) ou terem se afastado em caráter permanente, eleger-se-ão novos representantes para o cumprimento do término do mandato.



Handwritten signatures in blue ink, including names like "Alcin" and "Boni".

§ 5º - Os(as) sindicalizados(as) interessados(as) em participar do Conselho de Representantes deverão se candidatar individualmente e serão votados pelos docentes das respectivas unidades acadêmicas.

Art. 20 - Compete ao Conselho de Representantes:

- I – Sugerir políticas gerais e específicas para o ADUFG Sindicato;
- II - Elaborar documentos sobre questões de interesse dos(as) sindicalizados(as).
- III - Encaminhar sugestões a outras instâncias do ADUFG Sindicato a fim de fazer cumprir seus objetivos;
- IV - Dar parecer sobre matérias que devam ser objeto de deliberação.

Art. 21 - O mandato de membros do Conselho de Representantes é de 03 (três) anos, permitida a recondução.

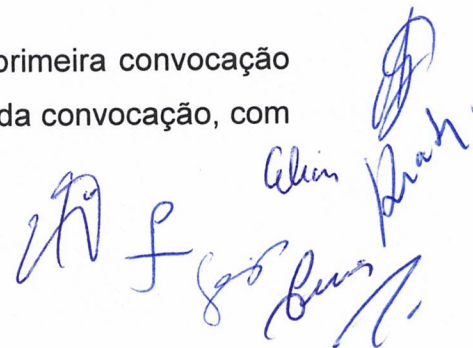
Art. 22 - Os membros do Conselho de Representantes promoverão reuniões dos/das sindicalizados(as) vinculados(as) às suas unidades acadêmicas, debatendo seus problemas e os específicos da atividade profissional respectiva, objetivando subsidiar as discussões a qualquer nível dentro do sindicato.

Art. 23 - O Conselho de Representantes reunir-se-á ordinariamente uma vez por semestre letivo e extraordinariamente sempre que convocado:

- I - Pelo(a) diretor(a) Presidente do ADUFG Sindicato;
- II - Por 1/3 (um terço), no mínimo, de seus membros;

Parágrafo Único: O(a) diretor(a) Presidente do ADUFG Sindicato, presidindo as reuniões do Conselho de Representantes, terá direito apenas do voto de desempate.

Art. 24 - O Conselho de Representantes reunir-se-á em primeira convocação com a presença da maioria de seus membros e, em segunda convocação, com


Alcin
Buen
Prach



qualquer número de presentes, depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) minutos, e deliberará por maioria simples dos votos dos(as) presentes.

Parágrafo Único: Compete ao ADUFG Sindicato a logística para viabilizar as reuniões do Conselho de Representantes.

CAPÍTULO III DA DIRETORIA

Art. 25 - A diretoria é o órgão executivo do ADUFG Sindicato e compõe-se de:

- I - Diretor(a) Presidente;
- II - Diretores(as) Vice-Presidentes:
 - a - Diretor(a) 1º Vice-Presidente;
 - b - Diretor(a) 2º Vice-Presidente;
 - c - Diretor(a) 3º Vice-Presidente;
- III - Diretor(a) Secretário(a);
- IV - Diretor(a) de Comunicação, Promoções Sociais, Culturais e Científicas;
- V - Diretor(a) Administrativo(a);
- VI - Diretor(a) de Assuntos Educacionais e de Carreira;
- VII - Diretor Financeiro;
- VIII - Diretor(a) de Convênios e de Assuntos Jurídicos;
- IX - Diretor(a) de Assuntos de Aposentadoria e Pensão;
- X - Diretor(a) para Assuntos Interinstitucionais.

Art. 26 - À diretoria compete:

- I - Representar a entidade e defender os interesses da categoria perante os poderes públicos e a administração das IFES, podendo designar mandatário(a) por procuração;
- II - Cumprir e fazer cumprir este Estatuto e as deliberações da Assembleia Geral;



- III - Representar a entidade e seus/suas sindicalizados(as), em juízo ou fora dele, designando mandatário(a) com delegação de poderes;
- IV - Gerir o patrimônio segundo o disposto neste Estatuto e deliberações da Assembleia;
- V - Organizar os serviços administrativos internos da entidade;
- VI - Elaborar relatórios financeiros, prestações de contas, previsões orçamentárias, balancetes mensais e balanços anuais que serão encaminhados ao Conselho Fiscal para oferecimento de parecer, no prazo de trinta dias antes da realização da Assembleia Ordinária do mês de junho, para a apreciação;
- VII - Publicar os balancetes mensais após sua aprovação;
- VIII - Aplicar sanções disciplinares;
- IX - Constituir comissões, coordenações e Grupos de Trabalhos (GTs), permanentes ou temporários;
- X - Submeter à assembleia de posse da nova diretoria o relatório financeiro e o de atividades;
- XI - Convocar as assembleias ordinárias e extraordinárias, bem como elaborar as respectivas pautas;
- XII - Executar outras funções definidas pela assembleia.

Art. 27 - Compete ao(a) diretor(a) Presidente:

- I - Representar o ADUFG Sindicato, em juízo ou fora dele, judicialmente ou extrajudicialmente, no polo ativo ou passivo;
- II - Convocar as reuniões da diretoria, do Conselho de Representantes e as assembleias;
- III - Presidir as reuniões da diretoria, do Conselho de Representantes e as assembleias;
- IV - Dar cumprimento às deliberações do ADUFG Sindicato;
- V - Coordenar e executar as gestões administrativas, financeiras, políticas e sociais do ADUFG Sindicato;

Alain
João
Luiz

- VI - Assinar cheques e documentos aprovados pela diretoria com o(a) diretor(a) Financeiro(a);
- VII - Assinar atos decorrentes de sua função, autorizados pela diretoria, em nome do ADUFG Sindicato, e com os demais diretores, quando for assunto de interesse de suas áreas;
- VIII - Assinar contratos e convênios aprovados pela diretoria ou Assembleia;
- IX - Assinar a correspondência oficial do ADUFG Sindicato e, junto ao(a) diretor(a) Secretário(a), toda a correspondência que implique obrigações para a entidade;
- X - Convocar as eleições do Conselho Fiscal e da nova diretoria;
- XI - Executar outras funções definidas pela diretoria.

Art. 28 - Compete ao(à) diretor(a) 1º Vice-Presidente:

- I - Substituir o(a) diretor(a) Presidente em suas faltas e impedimentos;
- II - Auxiliar o(a) diretor(a) Presidente na execução de suas funções;
- III - Coordenar as atividades na Universidade Federal a que está vinculado(a);
- IV - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 29 - Compete ao(à) diretor(a) 2º Vice-Presidente:

- I - substituir o(a) diretor(a) 1º Vice-Presidente em suas faltas e impedimentos;
- II - auxiliar o(a) diretor(a) 1º Vice-Presidente na execução de suas funções;
- III - coordenar as atividades na Universidade Federal a que está vinculado(a);
- IV - exercer outras funções definidas pela Diretoria.

Parágrafo único: o Diretor 2º Vice-Presidente deverá ser vinculado(a) a uma das Universidades Federais de Goiás e não poderá ser da mesma Universidade que o Diretor 1º Vice-Presidente.

Art. 30 - Compete ao(à) diretor(a) 3º Vice-Presidente:

- I - Substituir o(a) diretor(a) 2º Vice-Presidente em suas faltas e impedimentos;

Handwritten signatures:
 [Signature 1]
 [Signature 2]
 [Signature 3]

- II - Auxiliar o(a) diretor(a) 2º Vice-Presidente na execução de suas funções;
- III - Coordenar as atividades na Universidade Federal que está vinculado(a);
- IV - Exercer outras funções definidas pela Diretoria.

Parágrafo único: o(a) diretor(a) 3º Vice-Presidente deverá ser vinculado(a) a uma das Universidades Federais de Goiás e não poderá ser da mesma que o(a) diretor(a) 1º Vice-Presidente, tampouco daquela que o(a) diretor(a) 2º Vice-Presidente esteja vinculado(a).

Art. 31 - Compete ao(à) diretor(a) Secretário:

- I - Secretariar os atos da diretoria e da assembleia;
- II - Elaborar, junto ao(a) diretor(a) Presidente, a pauta das reuniões da diretoria e da assembleia;
- III - Ter sob sua responsabilidade o arquivo da entidade;
- IV - Encarregar-se do expediente e da correspondência da entidade;
- V - Coordenar os trabalhos da Secretaria;
- VI - Assinar correspondência oficial junto com o(a) diretor(a)Presidente;
- VII - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 32 - Compete ao(a) diretor(a) de Comunicação, Promoções Sociais, Culturais e Científicas:

- I - Exercer e coordenar as atividades sociais, culturais e científicas do Sindicato;
- II - Colaborar com o(a) diretor(a) de Assuntos de Aposentadoria e Pensão na promoção de atividades dos(as) aposentados(as) e pensionistas;
- III - Coordenar as atividades de Comunicação, Promoções Sociais, Culturais e Científicas da entidade;
- IV - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 33 - Compete ao(à) diretor(a) Administrativo(a):

[Handwritten signatures in blue ink]

- I - Ter sob sua responsabilidade os bens da entidade;
- II - Manter o registro dos bens imóveis, móveis, equipamentos, veículos e dos semoventes;
- III - Admitir e demitir os(as) empregados(as) da entidade;
- IV - Executar as atividades relativas à administração e transporte;
- V - Constituir comissões para desenvolver atividades de sua área;
- VI - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 34 - Compete ao(a) diretor(a) de Assuntos Educacionais e de Carreira:

- I - Exercer e coordenar as atividades relacionadas com assuntos educacionais e de carreira;
- II - Colaborar com o(a) diretor(a) de Comunicação, Promoções Sociais, Culturais e Científicas na divulgação das atividades relativas aos assuntos educacionais e de carreira;
- III - Constituir comissões para desenvolver atividades de sua área;
- IV - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 35 - Compete ao (à) diretor (a) financeiro:

- I - Ter sob sua responsabilidade os valores da entidade;
- II - Receber as contribuições, doações e outras receitas;
- III - Efetuar pagamentos;
- IV - Assinar junto com o(a) diretor(a) Presidente cheques e documentos;
- V - Coordenar a elaboração dos balancetes mensais e o balanço anual, a serem remetidos ao Conselho Fiscal;
- VI - Tornar disponível ao Conselho Fiscal, até o último dia do mês subsequente, os balancetes mensais e, anualmente, os balanços, até o último dia de abril de cada ano;
- VII - Depositar em contas bancárias os valores da entidade, em bancos definidos pela diretoria;

27/9
Sio f
Alim
Beni Khat



VIII - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 36 - Compete ao(à) diretor(a) de Convênios e de Assuntos Jurídicos:

I - Administrar os convênios;

II - Exercer e coordenar as atividades ligadas aos assuntos jurídicos;

III - Colaborar com o(a) Diretor(a) de Comunicação, Promoções Sociais, Culturais e Científicas na divulgação dos convênios e de assuntos relacionados ao jurídico;

IV - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 37 - Compete ao(a) diretor(a) para Assuntos de Aposentados e Pensão:

I - Coordenar as ações de interesse dos aposentados e pensionistas;

II - Desenvolver atividades de integração dos/das sindicalizados(as) aposentados com o conjunto das reivindicações da entidade;

III - Coordenar os trabalhos de mobilização permanente dos(as) aposentados(as) e pensionistas, fazendo realizar reuniões, assembleias e congressos;

IV - Executar outras funções definidas pela diretoria.

Art. 38 - Compete ao(à) diretor(a) para Assuntos Interinstitucionais:

I - Exercer e coordenar as atividades referentes aos Assuntos Interinstitucionais;

II - Coordenar as atividades sindicais dos docentes das unidades regionais e outras Universidades Federais no Estado de Goiás;

III - Promover a integração, o debate e a articulação com outros sindicatos;

IV - Exercer outras funções definidas pela diretoria.

Art. 39 - Considerar-se-á impedimento permanente, para efeito de qualquer representatividade constante neste Estatuto, a ocorrência de:

I - Renúncia;

Several handwritten signatures in blue ink are present in the bottom right corner of the page. The signatures are stylized and appear to be of various individuals, including one that looks like "Alin" and another that looks like "Kathy".

- II - Abandono de cargo;
- III - Afastamento para tratamento de saúde por prazo superior a 06 (seis) meses;
- IV - Afastamento para curso em outras instituições que implique ausência superior a 06 (seis) meses;
- V - Afastamento à disposição de outra instituição pública;
- VI - Transferência para outra instituição pública;
- VII - Rompimento do vínculo empregatício com a IFES;
- VIII - Descumprimento deste Estatuto;
- IX - Malversação e/ou dilapidação do patrimônio da entidade.

§ 1º - Considera-se abandono do cargo a ocorrência de 03 (três) faltas consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas às reuniões, no período de 01 (um) ano, sem justificativa aceita pela diretoria.

§ 2º - A perda do mandato com base no inciso IX deste artigo será decidida em assembleia, assegurado direito de defesa.

§ 3º - Os(as) docentes enquadrados(as) no inciso IX deste artigo estão sujeitos às penas previstas em legislação.

Art. 40 – A diretoria eleita pelos(as) sindicalizados(as) terá um mandato de 03 (três) anos.

Parágrafo Único: Os(as) diretores(as) poderão ser reeleitos(as) para os mesmos cargos apenas uma vez.

Art. 41 - É vedado à diretoria conceder avais e/ou fianças em nome do ADUFG Sindicato.

Alvin
João P
Luís
Paulo

Art. 42 - A diretoria delibera com a presença mínima da maioria absoluta dos seus membros efetivos, por maioria simples de votos.

Art. 43 - A diretoria reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, por convocação do(a) diretor(a) Presidente ou pela maioria de seus membros.

CAPÍTULO IV

DAS REGIONAIS E DAS OUTRAS UNIVERSIDADES FEDERAIS CRIADAS NO ESTADO DE GOIÁS

Art. 44 – As regionais e as demais Universidades Federais que vierem a ser criadas após aprovação do presente estatuto no Estado de Goiás terão sede própria do ADUFG Sindicato, desde que a arrecadação financeira viabilize sua manutenção.

Art. 45 – As Regionais e Universidades terão comissão sindical com objetivo de debater e propor demandas locais.

Parágrafo Único: Os membros do Conselho de Representantes da Regional e/ou da Universidade Federal comporão a comissão sindical, que escolherá seu/sua presidente.

CAPÍTULO V

DO CONSELHO FISCAL

Art. 46 - O Conselho Fiscal, órgão fiscalizador e orientador da gestão financeira e do patrimônio do ADUFG Sindicato, é composto por três titulares e três suplentes, eleitos em Assembleia Geral.



 The block contains several handwritten signatures in blue ink. Some are accompanied by names written above them: 'Alcin', 'Geo', 'Hadi', and 'Boris'. There are also some initials and scribbles.



§ 1º - Compete ao Conselho Fiscal:

I - Fiscalizar e orientar a gestão da administração e examinar a exatidão e a tempestividade dos registros contábeis e dos documentos do ADUFG Sindicato;

II – Elaborar e apresentar pareceres anuais, para a Assembleia, sobre o movimento econômico, financeiro e o resultado do exercício;

III – Solicitar, quando necessário, a contratação de auditoria especializada para examinar os registros contábeis do ADUFG Sindicato;

IV - Acompanhar os trabalhos da auditoria externa contratada;

V - Solicitar informações ou dados complementares que considerar relevantes ao exercício de suas atribuições.

§ 2º - O mandato de membros do Conselho Fiscal será de 03 (três) anos, eleitos alternadamente, renovando-se 1/3 (um terço) a cada ano, permitida a recondução para mais um mandato.

§ 3º - A membros do Conselho Fiscal aplica-se o disposto nos Art. 38 e 40.

Art. 47 - As seções do Conselho Fiscal serão realizadas sempre com a presença de 03 (três) membros, titulares ou suplentes.

Parágrafo Único: As sessões do Conselho Fiscal são convocadas por seu/sua presidente e perderá o mandato o(a) conselheiro(a) que não se fizer representar em 03 (três) reuniões consecutivas ou 05 (cinco) alternadas, sem justificativa, e, neste caso, será alçado à condição de titular o(a) seu(sua) suplente.

Art. 48 - O Conselho Fiscal reunir-se-á ordinariamente no mês de junho de cada ano e elegerá seu/sua presidente para um mandato de 01 (um) ano e elaborará o calendário de reuniões.

Alim
f
Sio
Beis
Johny

IMPATPA - Protocolo nº. 170025 - 22/04/2022

TÍTULO IV
DO PROCESSO ELEITORAL

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Art. 49 - Os princípios gerais que norteiam o processo eleitoral da entidade são o pluralismo de ideias e a igualdade de condições para as chapas concorrentes ao mandato.

Parágrafo Único: São nulos os atos de processo eleitoral que contrariem o disposto no caput deste artigo.

Art. 50 - A chapas concorrentes terão apoio logístico de toda a infraestrutura administrativa da entidade, até o valor fixado pela Assembleia Geral, que não poderá exceder a 5% (cinco por cento) do total da arrecadação do mês imediatamente anterior.

Art. 51 - São condições para o(a) sindicalizado(a) da entidade participar das eleições:

- I - Para votar é necessário que o(a) docente esteja associada há, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes das eleições;
- II - Para ser votado(a), é necessário que o(a) docente esteja sindicalizado(a) há, no mínimo, 90 (noventa) dias antes das eleições;
- III - Para votar e/ou ser votado, é necessário que o(a) sindicalizado(a) esteja em dia com todas suas obrigações financeiras junto à entidade.

Parágrafo Único: É vedado o voto por procuração e aos(às) pensionistas;

Alvin
F. F. F.
Buis
Handi

CAPÍTULO II DAS ELEIÇÕES PARA O CONSELHO FISCAL

Art. 52 - As eleições para o Conselho Fiscal, nos termos do Art. 44, será convocada pela diretoria, e realizar-se-á na Assembleia Ordinária do mês de junho de cada ano, para renovação de 1/3 (um terço) de seus membros.

Art. 53 – A cada eleição do Conselho Fiscal serão eleitos um(a) titular e um(a) suplente para mandato de 03 (três) anos.

CAPÍTULO III DAS ELEIÇÕES PARA A DIRETORIA

Art. 54 - A eleição para a diretoria da entidade, com o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, será convocada pelo(a) diretor(a) Presidente para o mês de maio do terceiro ano de mandato.

§ 1º - Não sendo convocada a eleição dentro do prazo estabelecido no caput deste artigo, a Assembleia Geral, na qualidade de Comissão Gestora, o fará, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

§ 2º - As eleições obedecerão ao Regulamento Eleitoral da Diretoria, que deverá ser apresentado antes de cada eleição, se não houver previamente regulamento depositado como anexo deste Estatuto.

Art. 55 - As eleições dos membros da diretoria, por meio de escrutínio universal, direto e secreto, para o mandato de 03 (três) anos, realizar-se-ão em no mínimo 24 horas de votação e no máximo 48 horas, de forma eletrônica. O horário de início e de fim da votação será definido pela comissão eleitoral.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like "Alvin", "F", "J", "Luis", and "Luis".

§ 1º - Poderá ser eleito(a) qualquer sindicalizado(a) no pleno gozo dos seus direitos, observando o disposto no Artigo 8º deste Estatuto.

§ 2º - É obrigatória a identificação do(a) eleitor(a), que deverá acessar o sistema eletrônico mediante usuário e senha.

§ 3º - As eleições serão auditadas por comissão composta por três membros com conhecimento específico em informática e auditoria, todos(as) vinculados(as) às Universidades Federais de Goiás, que serão indicados pela Comissão Eleitoral, e, ao final do pleito, emitirão documento atestando a hígidez do pleito e da apuração.

§ 4º - Em caso de vacância de cargo da diretoria, esta terá prazo de 30 (trinta) dias para reunir o Conselho de Representantes e submeter a este o nome de qualquer sindicalizado(a) no pleno gozo de seus direitos.

Art. 56 - É responsabilidade exclusiva da comissão eleitoral, coordenar e conduzir todo o processo eleitoral para a escolha da Diretora e do Conselho de Representantes do ADUFG-SINDICATO.

Parágrafo único: A comissão eleitoral será composta por sindicalizados(as) ao ADUFG-SINDICATO e que estejam em dia com as obrigações estatutárias.

Art. 57 - Dos(as) membros que compõem a comissão eleitoral, 03 (três) titulares serão indicados pela Diretoria e cada chapa terá direito a indicar 01 (um) membro titular e 1 (um) membro suplente.

§ 1º - as decisões da comissão eleitoral serão tomadas por maioria simples de votos;

§ 2º - os membros da comissão eleitoral não poderão ser candidatos(as) nas eleições;

Handwritten signatures and initials:
Achim
f
for
phar
Duis

§ 3º - a comissão eleitoral deverá se reunir no máximo até o primeiro dia útil subsequente ao prazo final de inscrição das chapas e através de votação deverá escolher seu/sua presidente;

§ 4º - Caso ocorra impedimento, impossibilidade ou renúncia de algum dos membros da comissão eleitoral indicados pelas chapas, o(a) suplente deverá assumir. Caso o impedimento, a impossibilidade ou a renúncia seja de um dos membros indicados pela Diretoria, esta, de imediato deverá indicar outro nome para a substituição;

§ 5º - o mandato da comissão eleitoral extinguir-se-á 02 (dois) dias úteis após a posse da nova diretoria eleita.

Art. 58 - É de competência da comissão eleitoral, respeitado o presente estatuto:

I - Deliberar sobre todos os procedimentos e encaminhamentos necessários ao bom andamento do processo eleitoral, inclusive e em especial, coleta e apuração dos votos de forma eletrônica, bem como sobre eventuais omissões do estatuto e dúvidas porventura existentes;

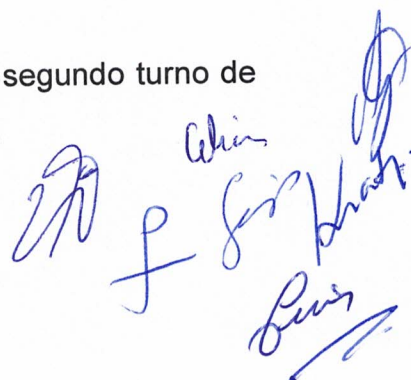
II - Manter sob sua guarda e vigilância todo o material e peças inerentes ao processo eleitoral;

III - Julgar todo e qualquer recurso inerente ao processo eleitoral.

IV - Proceder à conferência da regularidade dos votos eletrônicos junto da comissão que fará a auditoria do sistema eletrônico.

Art. 59 - Será declarada eleita a chapa que obtiver 50% (cinquenta por cento) mais um, dos votos válidos.

§ 1º - Não se atingindo a votação exigida no caput, far-se-á segundo turno de votação, entre as duas chapas com o maior número de votos.



Handwritten signatures in blue ink, including the name 'Adrian' and other illegible signatures.

§ 2º - Em caso de empate, considerar-se-á eleita a chapa cujo candidato(a) a Diretor(a) Presidente tiver mais tempo de filiação no ADUFG Sindicato e, perdurando o empate, o(a) candidato(a) que possuir maior tempo de vínculo com uma das Universidades Federais de Goiás, perdurando ainda o empate, o(a) candidato(a) que possuir maior idade.

Art. 60 - A Diretoria eleita será empossada na Assembleia convocada ordinariamente para a segunda quinzena do mês de junho subsequente à eleição.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES PARA O CONSELHO DE REPRESENTANTES

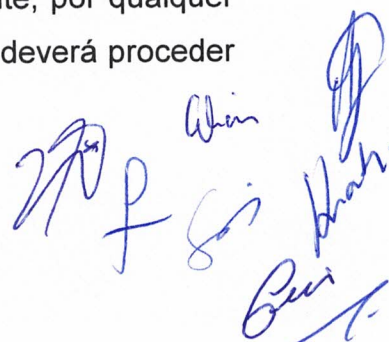
Art. 61 – A Eleição dos(as) membros do Conselho de Representantes e seus/suas suplentes será realizada pelo colegiado de sindicalizados(as) da unidade acadêmica representada, nas mesmas data e forma da eleição da diretoria do ADUFG Sindicato.

Parágrafo único: A diretoria convocará e promoverá a eleição dos(as) representantes dos(as) aposentados(as).

Art. 62 – Poderão se inscrever para o Conselho de Representante os(as) docentes sindicalizados(as) aptos a votar e a serem votados.

§ 1º – Considerar-se-á eleito representante, o(a) candidato(a) mais votado(a) e seu/sua suplente será o(a) segundo(a) mais votado(a).

§ 2º - Quando uma unidade acadêmica ficar sem representante, por qualquer motivo e em qualquer época, a respectiva unidade acadêmica deverá proceder à escolha do(a) novo(a) representante.



§ 3º - Os(as) representantes eleitos(as) na forma do parágrafo 2º deste artigo tomarão posse na primeira reunião do Conselho de Representantes após sua eleição, estendendo-se seu mandato até o término do mandato dos(as) demais.

TÍTULO V DO PATRIMÔNIO E FINANÇAS

CAPÍTULO I DO PATRIMÔNIO

Art. 63 - O patrimônio da entidade é constituído de bens imóveis, móveis, equipamentos, valores, veículos e semoventes.

Art. 64 - A aquisição, alienação ou doação de bens só poderá ser concretizada com a aprovação da Assembleia, nos termos dos Incisos III e IV do Artigo 16 deste Estatuto, salvo outros casos previstos neste Estatuto.

Parágrafo único: Excetua-se do disposto neste artigo aquisições de bens caracterizados como investimentos transitórios, efetuadas por deliberação da maioria absoluta dos membros da diretoria.

Art. 65 - Em caso de dissolução da entidade, seu patrimônio terá o destino que lhe for dado pela Assembleia Geral.

CAPÍTULO II DAS RECEITAS E DAS DESPESAS



Art. 66 – As receitas e as despesas da entidade são classificadas em ordinária e extraordinária.

Art. 67 - Constituem receita ordinária:

- I – Contribuições financeiras mensais dos(as) sindicalizados(as);
- II – Renda e juros de títulos e aplicações;
- III – Renda de bens imobiliários e valores de propriedade;
- IV – Contribuições sindicais de qualquer natureza.

Art. 68 - Constituem receitas extraordinárias:

- I - Subvenções de qualquer natureza;
- II - Multas e rendas eventuais;
- III - Contribuições financeiras provenientes de cláusula inserida em Acordo, Negociação ou Convenção Coletiva de Trabalho, conforme decisão da Assembleia.

Art. 69 - Constituem despesas orçamentárias as realizadas com:

- I - Pessoal;
- II - Serviços de terceiros(as);
- III - Tributação;
- IV - Encargos financeiros;
- V - Imóvel rural;
- VI - Custeio.

Art. 70 – Constituem despesas não orçamentárias aquelas realizadas com transações eventuais.

Art. 71 - O exercício fiscal se inicia no dia 1 (um) de janeiro e se encerra em 31 (trinta e um) de dezembro de cada ano.

Wim
P
João
Beis
Wim
Wim

TÍTULO VI DAS SANÇÕES DISCIPLINARES

Art. 72 - Os(as) sindicalizados(as) estão sujeitos às seguintes sanções disciplinares por descumprimento das normas deste Estatuto ou se, por ação ou inação, causarem prejuízo à entidade ou a seus/suas sindicalizados(as), moral ou materialmente:

- I - Advertência verbal;
- II - Advertência escrita;
- III - Suspensão;
- IV - Exclusão.

Parágrafo único: A sanção disciplinar prevista nos incisos I, II e III deste artigo será aplicada pela diretoria, cabendo recurso à Assembleia, e a outra, exclusivamente pela Assembleia, garantindo-se o amplo direito de defesa, cabendo à diretoria da entidade iniciar o processo de exclusão do(a) sindicalizado(a).

TÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 73 - Os(as) integrantes da diretoria e do Conselho Fiscal da entidade não receberão remuneração pelas atividades que vierem a desempenhar na entidade.

Parágrafo único: As despesas feitas em razão do exercício de seus mandatos serão ressarcidas, observando-se o estabelecido neste Estatuto e as disposições legais vigentes.

Alin
for
aus

Art. 74 - Nenhum(a) sindicalizado(a) responde subsidiariamente pelos encargos contraídos pelos(as) seus/suas representantes.

Art. 75 - É proibido ao ADUFG Sindicato ceder, gratuita ou de forma remunerada, sua sede a entidades de caráter privado ou político-partidário.

Art. 76 - O ADUFG Sindicato abster-se-á de qualquer propaganda de candidaturas a cargos eletivos estranhos aos seus quadros administrativos.

Art. 77 - Os casos omissos neste Estatuto serão resolvidos pela Assembleia Geral.

Art. 78 - Se incorporam a este Estatuto como anexo os regimentos eleitorais e de uso da sede administrativa e campestre.

Art. 79 - O presente Estatuto entra em vigor na data de sua aprovação pela Assembleia Geral, independente de sua publicação em diário oficial, ficando revogadas todas as disposições que o contrariem, com exceção das alterações do capítulo III do título III, que tratam sobre a Diretoria, que somente entrarão em vigor a partir do próximo pleito eleitoral, para o triênio subsequente.

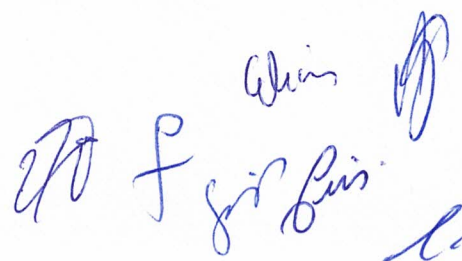
Goiânia-GO, 28 de março de 2022.



Flávio Alyes da Silva
Diretor Presidente



Ana Christina de Andrade Kratz
Diretora de Convênios e de Assuntos
Jurídicos



ADUFG - Protocolo nº. 170025 - 22/04/2022

Abraão Garcia Gomes
Diretor de Assuntos de Aposentadoria e Pensão

Fernando Pereira dos Santos
Diretor Financeiro

João Batista de Deus
Diretor Administrativo

Geovana Reis
Diretora de Assuntos Educacionais, de Carreira e do Magistério Superior

Luis Antonio Serrão Contim
Diretor para Assuntos Interinstitucionais

Elias Menta Macedo
OAB/GO 39.405

IPRTRDP1 - Protocolo nº. 1730025 - 22/04/2022



Secretaria de Finanças
Cadastro de Atividade Econômica - CAE
Consulta Situação do Contribuinte

Nº Inscrição Municipal	0500410
C.N.P.J. / C.P.F.	02.721.652/0001-40
Razão Social	SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS -
Natureza Jurídica	SOCIEDADE ANONIMA
Data de Abertura	21/12/1978
Data Deferimento da Inscrição	06/08/1984
Situação	ATIVO
Situação da Estimativa	NÃO ESTIMADO
Simplex Nacional	NAO
Substituto Tributário	NAO
Escrita Contábil	SIM
Isento/Imune	IMUN ISS

[Voltar](#)



Secretaria da Economia do Estado de Goiás
Consulta Pública ao Cadastro de Contribuintes

CNPJ

02.721.652/0001-40

Inscrição Estadual

10.323.564-7

Cadastro Atualizado em

27/03/2014 14:51:03

Nome Empresarial

SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS

Contribuinte?

Sim

Nome Fantasia

ADUF

Nome da Propriedade:

SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS

Endereço Estabelecimento

RODOVIA BR-153, nº S/N, KM 32 A ESQUERDA, ZONA RURAL - HIDROLANDIA GO, CEP: 75.340-000

Atividade Econômica**Atividade Principal**

0151202 - Criação de bovinos para leite

Informações Complementares**Unidade Auxiliar:**

UNIDADE PRODUTIVA

Condição de Uso:

PROPRIETÁRIO ÚNICO

Data Final de Contrato:

Regime de Apuração:

Normal

Situação Cadastral Vigente:

Baixado - NÃO HABILITADO

Data desta Situação Cadastral:

27/03/2014

Data de Cadastramento:

14/02/2000

Operações com NF-E:**Observações**

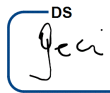
- Os dados acima são baseados em informações fornecidas pelo contribuinte, estando sujeitos a posterior confirmação pelo FISCO.
- A data da situação cadastral refere-se à data da última atualização dessa situação.

Data da Consulta

22/03/2023 16:44:00



Nota de esclarecimento ao contribuinte



somos 

www.unimedgoiania.coop.br
Avenida T-9, nº 276
74.150-300 Setor Marista, Goiânia - GO
T. (62) 3216-8700

SAC Unimed
T. 0800 642 8008

Versão
Agosto/2009



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 382876



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Unimed 
Goiânia

somos 

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.

A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante

Com menos de 30 participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por **não** pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 5º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste

plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Operadora: Unimed Goiânia Coop. de Trabalho Médico
CNPJ: 02.476.067/0001-22
Nº de registro na ANS: 382876
Site: <http://www.unimedgoiania.coop.br>
Tel.: 0800 642 8008 / (62) 3216-8000

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário que escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

PLANOS COLETIVOS

CARÊNCIA

É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes

É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.

Coletivo por Adesão

Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

GUIA

DE LEITURA CONTRATUAL

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Unimed 
Goiânia

somos
CCOP 

DS
Jeci



Operadora: Unimed Goiânia Coop. De Trabalho Médico
 CNPJ: 02.476.067/0001-22
 N° de registro na ANS: 382876
 N° de registro dos produtos: 424.276/99-9; 424.277/99-7;
 436.482/01-1; 436.483/01-0; 417.895/99-5; 417.894/99-7;
 460.980/09-8; 460.968/09-9; 465.786/11-1; 433.641/00-1;
 423.149/99-0; 423.148/99-1; 479.603/17-9; 479.602/17-1;
 479.418/17-4; 479.420/17-6; 479.419/17-2; 479.414/17-1.
 Site: <http://www.unimedgoiania.coop.br>
 Tel.: 0800 642 8008 / (62) 3216-8000

Guia de Leitura Contratual

		Páginas do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	01
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	01
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	07
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	13
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP- são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	18

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	16
MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativo (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	23
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	16
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	37
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	26
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	32

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 08007019656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



somos **coop**

www.unimedgoiania.coop.br

SAC Unimed Goiânia
T. 0800 642 8008

Unimed Corretora
Avenida T-9, nº 276
74150-300 Setor Marista, Goiânia - GO
T. (62) 3216-8700



"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - Nº 382876