



VALE DO RIO DOCE

PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º

() EMPRESARIAL (X) COLETIVO POR ADESÃO

CÓDIGO DA EMPRESA N.º

CONTRATADA: UNIMED VALE DO RIO DOCE - COOP. DE TRAB. MÉDICO LTDA REG. SUSEP N.º 37.162

RUA DR. JOAQUIM RIBEIRO FILHO, 259 ESPLANADA COLATINA ES CNPJ: 39.384.664/0001-37 CEP 29700-190 TEL. (027) 722-0177

RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA	RG	NACIONALIDADE	PROFISSÃO	CARGO
JORGE GALVÃO B. SOARES JUNIOR	2816394-RJ	BRASILEIRO	MÉDICO	PRESIDENTE
DIONISIO ROQUE BOSCHETTI JUNIOR	735782-ES	BRASILEIRO	MÉDICO	VICE-PRESIDENTE

CONTRATANTE CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS INÍCIO DO CONTRATO 22/07/2004

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA TRAVESSA: ROTARY BAIRRO CENTRO UF ES

CIDADE COLATINA CEP 29.700-240 TELEFONE 3723-5051 FAX:

INSC. EST.: CGC: 27.085.182/0001-05 TC Cód.VENDA TIPO DE PLANO N.º DE USUÁRIOS 01,02

PLANO E Nº DE REGISTRO PROVISÓRIO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

1 - (x) UNIPARTICIPAN C/ OBSTETRÍCIA APARTAMENTO P.J. nº 410.938/99-4 (AMB. + HOSPITALAR)

2 - (x) UNIPARTICIPAN C/ OBSTETRÍCIA ENFERMARIAP.J. nº 410.937/99-6 (AMB. + HOSPITALAR)

REGIME DE CONTRATAÇÃO:

() COLETIVA POR ADESÃO COM MENOS DE 50 USUÁRIOS.

() COLETIVA POR ADESÃO COM MAIS DE 50 USUÁRIOS.

(X) COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 50 USUÁRIOS.

() COLETIVA EMPRESARIAL COM MAIS DE 50 USUÁRIOS.

OBS: FICA DEFINIDO UM PROLABORE DE 20% SOBRE A PRIMEIRA MENSALIDADE A SER REPASSADO AO CONTRATANTE.

- PRAZO MÍNIMO DESTA CONTRATO SERÁ DE 12 (DOZE) MESES;
- ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO: NACIONAL.

SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL - CONSULTAS, PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE / TERAPIA E TRATAMENTOS AMBULATORIAIS.

SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR - NÃO HÁ CO-PARTICIPAÇÃO, SOMENTE CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS NO CONTRATO.

CO-PARTICIPAÇÃO PARA OS PLANOS UNIPARTICIPAN COM TETO MÁXIMO DE R\$95,00 POR PROCEDIMENTO.

Eventos	Co-participação (em R\$ ou %)	Eventos	Co-participação (em R\$ ou %)
Consultas Clínicas e Cirúrgicas	50%	Radioterapia amb. (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc);	50%
Exames Básicos	50%	Hemoterapia ambulatorial	50%
Exames Especializados	50%	Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais	50%
Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD	50%	Tratamento Psicoterápico	50%
Fisioterapia	50%	Tratamento e cirurgias ambulatoriais	50%
Quimioterapia Ambulatorial	50%		50%

CARÊNCIAS: CONFORME ANEXO II DO CONTRATO.

DAS CONTRAPRESTAÇÕES: VALORES

O Valor da inscrição é de: TITULAR R\$ 5,00 DEPENDENTE: R\$ 2,50

A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária estará discriminada no contrato.

DO VALOR DO CH:

R\$ 0.33 (Trinta e três centavos de real)

INSTRUÇÕES AO CONTRATANTE

LEIA COM MUITA ATENÇÃO ESTE CONTRATO, ASSIM COMO A DECLARAÇÃO DE SAÚDE, QUE É O DOCUMENTO FUNDAMENTAL PARA A SUA ACEITAÇÃO NO PLANO ASSISTENCIAL.

A Declaração de saúde deve ser preenchida de próprio punho pelo CONTRATANTE, em nome próprio e de seus dependentes e agregados. Ao preencher a Declaração de Saúde e assinar a proposta, o CONTRATANTE ou responsável pelo CONTRATANTE assume a responsabilidade pelas informações nela contidas, inclusive em relação aos dependentes e agregados.

FAZ PARTE INTEGRANTE DA PRESENTE PROPOSTA: CONDIÇÕES GERAIS, CONTRATO (NA ÍNTEGRA), ANEXOS I E II, DECLARAÇÃO DE SAÚDE, GUIA MÉDICO. QUE NESTE ATO DECLARO ESTAR RECEBENDO, APOS FORMAL LEITURA E ESCLARECIMENTOS NECESSÁRIOS, E QUE ESTOU DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES AQUI PACTUADAS, RESTANDO POR RECEBER SOMENTE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.

Colatina, 22 de Julho de 2004.

Unimed Vale do Rio Doce

Assinatura do Contratante ou Responsável

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos,
de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares.
Uniparticipan C/Obstetrícia em Apartamento Pessoa Jurídica/ Adesão com
Co-participação de 50%**

**REGISTRO PROVISÓRIO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº.410.938/99-4
REGISTRO PROVISÓRIO NA SUSEP Nº. 37162**

Para perfeito entendimento e interpretação do contrato, são adotadas as seguintes definições: **CONTRATANTE: DESCRIMINADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO (QUE FAZ PARTE DESTE CONTRATO) e CONTRATADA: UNIMED VALE DO RIO DOCE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, regularmente constituída nos moldes da Lei 5.764/71, na qualidade de operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o inciso I, do §1º, do artigo 1º da Lei 9.656/98, com sede nesta cidade, na Rua Dr. Joaquim Ribeiro Filho nº. 259 – Esplanada - Colatina – ES, inscrita no CNPJ sob nº 39.384.664/0001-37, por seus representantes legais, na qualidade de mandatária de todos os seus médicos cooperados.

Pelo presente contrato e na melhor forma de direito, as partes qualificadas como **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** têm justa e contratada a prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar e Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, na forma das cláusulas e condições que seguem, conforme instrumento registrado sob nº 6887, do livro b-20, junto ao 1º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Colatina - ES.

TÍTULO I – DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Art. 1º. O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos (disponível para consulta junto à **CONTRATADA**) para os **planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia**, de acordo com a Resolução nº 67, publicada em 8 de maio de 2001 exceto os excluídos neste contrato, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2º. A assistência ora pactuada visa à prevenção de doenças e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 3º. É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, devidamente aceita pela **CONTRATADA**.

Art. 4º. O presente Contrato é firmado pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, tornando-se a partir do termo final por prazo indeterminado.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - **CONTRATANTE**: é a **pessoa jurídica** que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

II - **CONTRATADA**: é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

III - **USUÁRIO**: é a pessoa física, inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, ou de dependentes, conforme definido no Título V.

IV - **PROPOSTA DE ADESÃO**: é o documento validado pela Contratada, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

Art. 6º. Também são assim definidos:

I - **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.

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

III - **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO**: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

IV - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL**: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

V - **BENEFICIÁRIO**: é aquele que é favorecido pelo benefício.

VI - **BENEFÍCIO**: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.

- VII - **CÁLCULO ATUARIAL**: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- VIII- **CARÊNCIA**: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
- IX - **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
- X - **CID-10**: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- XI - **CO-PARTICIPAÇÃO**: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.
- XII - **COBERTURA**: é a cláusula contratada a que o usuário tem direito.
- XIII - **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.
- XIV - **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)**: é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- XV - **CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP)**: é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- XVI - **CONSULTA**: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário em ambiente hospitalar ou consultório médico.
- XVII - **CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO**: é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.
- XVIII - **CONVIVENTE**: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e companheirismo.
- XIX - **CUSTO OPERACIONAL**: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência (**acrescido de um percentual a título de despesas administrativas**).
- XX - **DATA BASE**: é o dia e mês de início de vigência do contrato, que servirá de base para a reavaliação anual do valor da mensalidade.
- XXI - **DOENÇA**: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XXII - **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE**: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.
- XXIII - **ELETIVO**: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXIV - **EMERGÊNCIA**: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XXV - **EVENTO**: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.
- XXVI - **EXAME**: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.
- XXVII - **GUIA MÉDICO**: é a relação de médicos cooperados da CONTRATADA, serviços e ou contratados pela Operadora e das cooperativas participantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.
- XXVIII - **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA**: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros;
- XXIX - **IGP-M**: Índice Geral de Preços de Mercado editado pela Fundação Getúlio Vargas;
- XXX - **INSCRIÇÃO**: é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da Contratada.
- XXXI - **INTERNAÇÃO HOSPITALAR**: é quando o usuário é internado no hospital, ficando sob os cuidados deste por mais de 12 horas, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXXII - **MÉDICO COOPERADO**: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.
- XXXIII - **MENSALIDADE**: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

- XXXIV- ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXV - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXXVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.
- XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
- XXXIX - PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
- XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998.
- XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.
- XLIII- TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, devidamente registrada no Cartório de Registro de Título e Documentos desta Capital.
- XLIV - UNIMED é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
- XLVI - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Art. 7º. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

A CONTRATANTE ficará submetida ao tipo de regime de contratação por adesão ou empresarial, conforme estabelecido na proposta de admissão.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

Art. 8º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo por adesão, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todas os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 9º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 10. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), **não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, mas poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

CAPÍTULO II - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Art. 11º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele oferecido à pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tendo a adesão automática de empregados, associados ou sindicalizados, na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor com CONTRATANTE com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo empresarial, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todos os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 12º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 13. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas não poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14. Os serviços ora pactuados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela credenciada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue à CONTRATANTE.

Parágrafo Único: Embora façam parte da rede credenciada de outras Cooperativas Médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, os hospitais de tabela Própria constantes de relação anexa a este instrumento, não estão incluídos na cobertura deste pacto.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 15. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos através da Proposta de Adesão e aceitos pela CONTRATADA, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 16. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Art. 17. A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

- a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, **dentre os cooperados das cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED;**
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;
- c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente;

Parágrafo Único: **Para a realização dos serviços descritos nas letras "b" e "c" do "caput", será necessária a obtenção de autorização prévia da CONTRATADA.**

Art. 18. Neste ato é entregue à CONTRATANTE o Guia Médico, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, **devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada, através da Central de Atendimento – 723.1000.**

Art. 19. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 20. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED.**

Art. 21. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado **de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento deduzido quando couber o percentual de co-participação descrito no Artigo 61**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do **caput**, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGPM/FGV, ou por outro Índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 22. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**

Art. 23. A CONTRATANTE/USUÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do **evento.**

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 24. São usuários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 25. São usuários dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social**, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até completarem 24 anos;**
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe.

CAPÍTULO III - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 26. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. **Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.**

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

Art. 27. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE, ainda que no ato da assinatura do presente contrato, a CONTRATADA tenha mais de 50 empregados.

Art. 28. É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **usuário titular**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente:**

a) **as carências do Plano já tenham sido cumpridas integralmente; e**

b) **a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.**

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, **desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;**

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, **quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.**

IV - dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos prazos de carência estabelecidos na Proposta de Adesão para os usuários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Capítulo II do Título IV, **os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados na Proposta de Adesão.**

Art. 29. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender ou perder às condições exigidas quando da sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, salvo nos casos do Capítulo V deste Título.

Parágrafo único. A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 30. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, sócio ou diretor da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

CAPÍTULO V - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

SEÇÃO I - DO DEMITIDO

Art. 31. A CONTRATADA assegura ao usuário titular **que contribuir para o plano contratado**, decorrente de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, **sem justa causa**, o direito de manter sua condição de usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados —, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano, nos termos dispostos neste artigo.

§3º. A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

Art. 32. O titular que **não participar financeiramente do plano**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, **não terá direito a cobertura** estabelecida neste Capítulo.

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

SEÇÃO II - DO APOSENTADO

Art. 33. A CONTRATADA assegura ao usuário titular que se aposentar, e **que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos**, o direito de manutenção como usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados —, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no *caput*, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-á o disposto nos § 2º e 3º do art. 28 e no art. 29.

SEÇÃO III - DAS RESPONSABILIDADES

Art. 34. Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da contraprestação em nome de seu ex-empregado e eventuais dependentes quando a modalidade de pagamento for por fatura. Quando a modalidade de pagamento for boleto a responsabilidade pelo pagamento da contraprestação será do próprio USUÁRIO TITULAR.

Parágrafo Único: No caso de rescisão do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos usuários referidos neste Capítulo, a continuidade do direito já em fruição.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 35. A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

Art. 36. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

§1º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

Art. 37. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Parágrafo Único: Arcará a CONTRATANTE com todas as despesas decorrentes da emissão de segunda via do cartão individual de identificação.

TÍTULO VII - DO PLANO

Art. 38. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas previstas neste Título, **exclusivamente** dentro dos recursos próprios ou credenciados, nos termos da Proposta de Adesão.

Art. 39. As coberturas discriminadas neste Título nos capítulos I e II, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetria, exceto em hospital de Tabela Própria, cuja somatória representa o plano contratado.

CAPÍTULO I - DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 40. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos do CONSU exceto aqueles excluídos no presente contrato, observada a seguinte abrangência:

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

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;

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

V - a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas**;

VI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 41. **Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.**

Art. 42. **Também estão excluídas da cobertura deste capítulo:**

I - os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

II - serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;

III - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Hemodinâmica;

IV - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

V - quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;

VI - radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;

VII - nutrição enteral ou parenteral;

VIII - embolizações e radiologia intervencionista.

Parágrafo único. Os procedimentos deste artigo estarão cobertos pela segmentação hospitalar, integrante deste plano, após o cumprimento dos períodos de carência, conforme o caso.

Art. 43. Dentro da abrangência **desta segmentação**, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, **e esta esteja em cumprimento de carências**, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CAPÍTULO II – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 44. Durante a internação clínica, obstétrica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, em padrão quarto privativo, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado, exceto em hospital de Tabela Própria;

II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;

III - assistência médica através de médicos cooperados;

IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;

V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

VI - serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;

IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;

X - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

XI - despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;

XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:

a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger

cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;

b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.**

XIII - Procedimentos obstétricos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este contrato, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas **na segmentação ambulatorial** (Capítulo I do Título VII).

XIV - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como **materiais e medicamentos ministrados durante a internação**, e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

Art. 45. Estão incluídos na cobertura, os seguintes **procedimentos** considerados **especiais**, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) remoções em urgências ou emergências, na forma do Artigo 7 da Resolução 13/98 do CONSU;
- j) fisioterapia.

Art. 46. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 47. **A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo usuário, e que estejam causando problemas funcionais.**

Art. 48. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos nacionais e importados sem similar nacional, utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**

Parágrafo único. **Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.**

Art. 49. Com a exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, **pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.**

Art. 50. Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º - As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão cobertas **pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação.**

§2º - **Entende-se por prazo não cumulativo aquele que não ultrapassa o período de 12 meses. A não utilização do período integral em 12 meses não dará direito a utilização da diferença no período de 12 meses posterior.**

§3º - As internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, não estão sujeitas a qualquer tipo de carência.

§4º - A utilização dos serviços descritos nos Artigos 46 e 47 por período superior ao acima descrito, se tornará de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, que passará a arcar exclusivamente com as despesas advindas de tal utilização, isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

Art. 51. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 52. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também exclui:

- a) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- b) despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;
- c) produtos de toalete e higiene pessoal;
- d) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- e) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este;
- f) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 53. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do usuário.

Art. 54. Nos casos de urgência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 55. Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em pleno vigor, e o comprovante de pagamento da mensalidade atualizado, na forma da lei.

Art. 56. O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 57. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda, deverá apresentar à UNIMED a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

Art. 58. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 59. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 60. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas, ou não. As despesas decorrentes destes acordos correrão por conta exclusiva do usuário.

Art. 61. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

CAPÍTULO III – DAS EXCLUSÕES

Art. 62. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

I - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

II - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;

III - atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;

IV - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanções nucleares ou ionizantes.

V - medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional;

VI - tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;

VII- enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

VIII- cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;

IX - vacina, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;

X - necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XI - exames para piscina e ginástica;

XII - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;

XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XIV - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XV - tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 160 do Código Civil) ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário;

XVI - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.

XVII - transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;

XVIII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.

XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior.

XX - acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças profissionais, exceto primeiros socorros;

XXI - exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho.

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 63. O período de carência para cada procedimento, se houver, está disposto no Anexo II, que é parte integrante deste contrato.

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 64. Será de responsabilidade da CONTRATANTE/USUÁRIO o pagamento da Co-participação no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre o valor global dos serviços e procedimentos discriminados no Artigo 37.

§1º. O pagamento da Co-participação pactuado será realizado através de cobrança emitida pela CONTRATADA, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§2º. Os procedimentos de internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, bem como todos os atendimentos médicos e exames que fizerem parte do processo a nível interno do hospital ou clínica onde ocorrer a internação, serão de total e exclusiva responsabilidade da CONTRATADA desde que internado por esta e, respeitados os limites e coberturas contratuais.

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 65. No contrato coletivo com menos de 50 (cinquenta) participantes, os usuários titulares serão obrigados a informar, por si e por seus dependentes, serem conhecedores ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de Declaração de Saúde, cujo formulário está à disposição da CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a Entrevista Qualificada com um médico

cooperado sem nenhum ônus para a CONTRATANTE, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§2º. Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

§3º. É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração a que se refere o §1º.

§4º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da CONTRATANTE.

§5º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado à CONTRATANTE.

§6º. Fica a critério da CONTRATADA, ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§7º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, à critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura ou sua exclusão, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

Art. 66. A CONTRATANTE/USUÁRIO obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores de inscrição e mensalidades constantes deste contrato e a seguir descrito

Inscrição:

Titular: R\$ 5,00

Dependente: R\$ 2,50

FAIXA ETÁRIA	R\$
Até 18 anos	55,07
9 a 23 anos	64,64
24 a 28 anos	64,64
29 a 33 anos	83,35
34 a 38 anos	83,35
39 a 43 anos	110,33
44 a 48 anos	110,33
49 a 53 anos	141,42
54 a 58 anos	141,42
59 anos e mais	315,18

Art. 67. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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

Art. 68. O pagamento da Co-participação pactuado poderá ser realizado através de cobrança emitida pela CONTRATADA juntamente com as mensalidades, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 69. Se a CONTRATANTE/USUÁRIO 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 para que não se sujeite a consequência da mora.

Art. 70. Quando a modalidade de pagamento for por fatura, as faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, no tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis.

Parágrafo Único: Para o acerto de que cuida o caput, as exclusões de dependentes solicitadas após o dia 15 só serão processadas no mês seguinte arcando a CONTRATANTE com o pagamento das mensalidades do mês em que fez o pedido.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 71. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação mensal, será cobrada mora diária de 0,33 % (zero trinta e três por cento).

Parágrafo Único – Fica estabelecido, desde já, que caso a inflação mensal atinja índice superior a 10% a.m. (dez por cento ao mês), a mensalidade em atraso será paga pelo seu valor atualizado monetariamente, acrescida de multa de 10% (dez por cento), incidente sobre esse valor, além de juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês). O índice de atualização monetária a ser aplicado será aquele utilizado para corrigir os débitos judiciais e será calculado desde a data do vencimento da mensalidade até a data do efetivo pagamento.

SEÇÃO II – DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 72 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do Artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato, exceto quanto aos usuários da CONTRATANTE internados.

Parágrafo Único: A CONTRATADA, poderá em garantia de seu direito de cobrança do créditos de que cuidam os artigos deste Capítulo, inscrever em Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), o nome da CONTRATANTE/USUÁRIO, até a quitação de seu débito, com o que anuí a CONTRATANTE/USUÁRIO.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 73. Os valores previstos no presente contrato foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a freqüência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração nesses itens ensejará novos valores.

Art. 74. Nos termos da lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, levando-se em conta dois fatores: o aumento nos itens de custo representado pela elevação dos preços dos serviços prestados e o aumento na freqüência de utilização desses serviços, representado pelo crescimento da quantidade de serviços prestados, a cada usuário.

§1º. A parcela de reajuste referente ao incremento nos preços dos itens de custo será calculada levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme a seguinte fórmula genérica:

1ª PARCELA REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS).

§2º. A parcela de reajuste referente ao aumento da freqüência de utilização será calculada a partir da divisão entre a média de utilização unitária do período atual (1º ao 12º mês anterior à data do cálculo) e a do período anterior (13º ao 24º mês anterior à data do cálculo), consoante a fórmula genérica a seguir:

2ª PARCELA REAJUSTE = MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (1º ao 12º mês) / MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (13º ao 24º mês).

§ 3º - A parcela de reajuste referente ao aumento nos preços dos itens de custo será acrescida a parcela de reajuste referente ao aumento da freqüência compondo o índice de reajuste anual a ser aplicado aos preços das mensalidades.

§ 4º - Compõem as despesas médicas e hospitalares os honorários médicos sobre as consultas e outros procedimentos; as diárias e as taxas hospitalares; os materiais e os medicamentos. Compõem as despesas administrativas os salários, encargos e outras despesas.

§ 5º - O valor das mensalidades poderão também ser revistos nas hipóteses de: haver utilização comprovada acima da média normal ou acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento (ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados) que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

§ 6º - Caso a nova legislação venha a autorizar o reajuste de preços em período inferior a doze meses, esta terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 75. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajuste, nos termos do artigo anterior, a mensalidade será reajustada, provisoriamente, na periodicidade legal, pela variação do índice de preços dos serviços de saúde divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (Coluna 4A), ou, na falta desse, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 76. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos usuários, ou do módulo adicional, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato, unificando-se as respectivas datas base.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 77. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado.

Art. 78. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

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

Art. 79. A CONTRATANTE/USUÁRIO reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente de acordo com os percentuais correspondentes, a saber:

FAIXA ETÁRIA	%
Até 18 anos	0,00
19 a 23 anos	14,23
24 a 28 anos	14,68
29 a 33 anos	17,61
34 a 38 anos	2,61
39 a 43 anos	18,84
44 a 48 anos	27,34
49 a 53 anos	0,42
54 a 58 anos	6,88
59 anos e mais	122,87

Parágrafo Único: Os aumentos decorrentes da faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e, não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo – Data Base.

Art. 80. Os usuários com idade a partir de 61 (sessenta e um) anos e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 81. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer, judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 82. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto no art. 26.

Art. 83. Antes do término do prazo mínimo fixado no Art. 4º, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, **mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 84. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura ou por conta do USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto.

Art. 85. A CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura, ou o USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto, reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Art. 86. Seguro por morte accidental ou morte natural:

§1º. Aos usuários titulares inscritos, **desde que em perfeito estado de saúde e com até 65 (sessenta e cinco) anos quando da inscrição**, será assegurada cobertura por morte natural ou accidental, obedecendo às seguintes condições:

§2º. Pagamento em dia das mensalidades.

§3º. Carência de 06 (seis) meses contados da data da sua inscrição

§4º. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido deverão apresentar a UNIMED: a) certidão de óbito; b) certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário; c) na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com legislação pertinente.

§5º. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista no Art. 83, enquanto perdurar.

§6º. Os valores assegurado são aqueles constantes da Proposta de Admissão por morte natural e por morte accidental constante naquela proposta, segundo a variação da TR (Taxa de Referência) ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador.

§7º. O presente seguro será coberto pela UNIMED SEGURADORA S/A, com sede na cidade de São Paulo- SP, representada pela UNIMED, obedecidas às normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

CAPÍTULO II - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

Art. 87. Plano de Extensão Assistencial - PEA: PEA: É o plano de benefícios instituído em favor dos usuários dependentes para que possam gozar, sem ônus e após o óbito do usuário titular, dos serviços médico-hospitalares previstos neste contrato.

§1º. Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes inscritos terão direito aos serviços previstos no Plano que tenha adquirido enquanto vivo o titular da UNIMED Singular onde foram cadastrados, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

§2º. Os usuários dependentes incluídos no plano no ato da inscrição do usuário titular, somente terão direito ao presente benefício, após cumprido o período de carência de 06 (seis) meses da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

§3º. Os usuários dependente incluídos posteriormente a inscrição do usuário titular somente obterão direito ao presente benefício, após cumprido o período de 12 (doze) meses contados da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

Art. 88. Consideram-se dependentes, aptos a participar do PEA, conforme Artigo 22:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até completarem 24 anos**;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial**;
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe com **dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social do usuário titular**.

§1º. **O direito ao PEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário falecido, nos termos da legislação civil, que será inscrito na forma do Art. 22.**

§2º. **Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido no Art. 86 o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência.**

Art. 89. Os benefícios previstos no Artigo 84 ficam condicionados à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, na forma do Art. 85.

Art. 90. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do inciso anterior, ficam impedidos de gozar os benefícios da Extensão Assistencial, ainda que tivessem direito aos serviços deste Contrato, quando vivo o usuário titular.

Art. 91. O cartão de identificação do usuário titular, no caso de seu falecimento, será substituído pela identificação pessoal da Extensão Assistencial.

Art. 92. O direito pela Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no local onde residem ou onde venham a fixar residência, desde que situados na área de ação de qualquer Unimed pertencente ao Sistema Nacional Unimed.

TÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Adesão, para a devida apuração.

Art. 94. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever da CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência, quando a modalidade de pagamento for por fatura. Tal responsabilidade será direta do USUÁRIO TITULAR quando a modalidade de pagamento for boleto.

Art. 95. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 96. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 97. A inserção de mensagens no boleto de cobrança das mensalidades valerá como notificação extrajudicial da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato.

Art. 98. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 99. A CONTRATANTE, por si e pelos seus usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, **inclusive quanto aos atendimentos**, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como órgãos judiciais mediante procedimentos próprios, na forma da Lei.

Art. 100. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 101. Casos omissos, eventuais dúvidas e alterações na legislação vigente, deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 102. Fica eleito o foro da Sede da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 103. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Por estarem assim, justas e contratadas, firmam a proposta de admissão que é parte integrante deste instrumento.

CONTRATANTE

CONTRATADA

ANEXO I

Ficam EXCLUÍDOS da cobertura deste Contrato, os seguintes Hospitais de Tabela Própria:

- Pernambuco: Hospital Santa Joana, Hospital Albert Sabin, Memorial São José;
- Bahia: Hospital Aliança, Hospital Português, Hospital Espanhol, Hospital Santo Amaro e Hospital São Raphael, Probaby;
- Rio Grande do Sul: Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;
- São Paulo: Hospital Israelita Albert Einsten, Hospital Sirio Libanês, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sirio Hospital do Coração, Casa de Saúde Santa Rita, Hospital A. C. Camargo, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Cristo Rei, Hospital Family, Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Joana, Hospital Santa Paula, Hospital São Camilo, Hospital São Leopoldo, Hospital São Luiz, Casa de Saúde Santa Rita;
- Rio de Janeiro: Casa de Saúde São José, Clínica Bambina Ltda, Clínica Sorocaba S/A, Clínica Pediátrica da Barra Ltda, OH-Day Hospital S/C Ltda, Hospital Barra D'or, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda, Clínica Perinatal Laranjeiras, Casa de Saúde Santa Lucia, Hospital Amparo Feminino de 1912, Prontocor – Pronto Socorro Clínico Cardiológico, Sociedade Beneficente Israelita do Rio de Janeiro;

Esta relação estará sujeita a modificações periódicas.

CARÊNCIAS PESSOA JURÍDICA - ANEXO II

24 horas	Emergência / Urgência	✓ Acidentes Pessoais
30 dias Exames Básicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultas ✓ RX sem contraste ✓ Exames análises clínicas ✓ Exames citopatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eletrocardiograma convencional ✓ Eletroencefalograma convencional ✓ Nebulização
60 dias Exames Especializados Tipo A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RX contrastado ✓ Cardiotocografia ✓ Ecocardiograma fetal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eletrocardiograma fetal ✓ USG obstétrico ✓ Exames diagnose em obstetria
90 dias	✓ Internações Clínicas	✓ Internações Clínicas em UTI
120 dias Exames Especializados Tipo B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exames e testes alergológicos ✓ Exames e testes oftalmológicos ✓ Exames e testes otorrinolaringológicos ✓ Endoscopia diagnóstica ✓ Teste ergométrico ✓ USG (exceto obstétrica) ✓ Prova função pulmonar ✓ Ecocardiograma bidimensional colorido ou não ✓ Holter ✓ Mapa ✓ Diálise ✓ Exames anatomopatológicos ✓ Exames e testes urológicos ✓ Hemodiálise ✓ Medicina nuclear ✓ Tomografia computadorizada Densitometria óssea 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Polissonografia ✓ Biópsia ✓ Angiografia ✓ Arteriografia ✓ Laparoscopia diagnóstica ✓ Fisioterapia ✓ Mapeamento cerebral ✓ Hemoterapia ✓ Eletroneuromiografia ✓ Audiometria ✓ Potencial evocado ✓ Urodinâmica completa ✓ Vídeo diagnóstica ✓ Espirometria ✓ Exames citogenéticos ✓ Nutrição parenteral e enteral ✓ Terapias ✓ Tratamento e Cirurgias Ambulatórias
180 dias Internações / Exames Especializados Tipo C	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vídeo cirúrgica ✓ Radiologia intervencionista ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ✓ Transplantes de rins e córnea ✓ Endoscopia cirúrgica Litotripsia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressonância nuclear magnética ✓ Quimioterapia ✓ Radioterapia ✓ Laparoscopia cirúrgica ✓ Internações Cirúrgicas ✓ Internações Cirúrgicas em UTI ✓ Histeroscopia cirúrgica
300 dias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parto Cesárea ✓ Parto Normal 	✓ Outros procedimentos cirúrgicos obstétricos
24 meses	✓ Tratamento de doenças pré-existentes com opção de cobertura parcial temporária	

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos,
de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares.
Uniparticiplan C/Obstetrícia em Enfermaria Pessoa Jurídica/ Adesão com Co-participação de 50%**

**REGISTRO PROVISÓRIO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 410.937/99-6
REGISTRO PROVISÓRIO NA SUSEP Nº 37162**

Para perfeito entendimento e interpretação do contrato, são adotadas as seguintes definições: **CONTRATANTE: DESCRIMINADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO (QUE FAZ PARTE DESTE CONTRATO) CONTRATADA: UNIMED VALE DO RIO DOCE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, regularmente constituída nos moldes da Lei 5.764/71, na qualidade de operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o inciso I, do §1º, do artigo 1º da Lei 9.656/98, com sede nesta cidade, na Rua Dr. Joaquim Ribeiro Filho nº. 259 – Esplanada-Colatina - ES, inscrita no CNPJ sob nº 39.384.664/0001-37, por seus representantes legais, na qualidade de mandatária de todos os seus médicos cooperados.

Pelo presente contrato e na melhor forma de direito, as partes qualificadas como **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** têm justa e contratada a prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar e Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, na forma das cláusulas e condições que seguem, conforme instrumento registrado sob nº 6890, do livro B20 junto ao 1º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Colatina - ES.

TÍTULO I – DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Art. 1º. O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos (disponível para consulta junto à **CONTRATADA**) para os **planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia**, de acordo com a Resolução nº 67, publicada em 8 de maio de 2001 **exceto os excluídos neste contrato**, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2º. A assistência ora pactuada visa à prevenção de doenças e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 3º. É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, devidamente aceita pela **CONTRATADA**.

Art. 4º. O presente Contrato é firmado pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, tornando-se a partir do termo final por prazo indeterminado.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - **CONTRATANTE**: é a **pessoa jurídica** que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

II - **CONTRATADA**: é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

III - **USUÁRIO**: é a pessoa física, inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, ou de dependentes, conforme definido no Título V.

IV - **PROPOSTA DE ADESÃO**: é o documento validado pela Contratada, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

Art. 6º. Também são assim definidos:

I - **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.

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

III - **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO**: é qualquer **acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano**.

IV - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL**: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

V - **BENEFICIÁRIO**: é aquele que é favorecido pelo benefício.

VI - **BENEFÍCIO**: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.

VII - **CÁLCULO ATUARIAL**: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

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

IX - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

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

XI - CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.

XII - COBERTURA: é a cláusula contratada a que o usuário tem direito.

XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

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

XV - CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP): é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

XVI - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário em ambiente hospitalar ou consultório médico.

XVII - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.

XVIII - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e companheirismo

XIX - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência **(acrescido de um percentual a título de despesas administrativas)**.

XX - DATA BASE: é o dia e mês de início de vigência do contrato, que servirá de base para a reavaliação anual do valor da mensalidade.

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

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

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

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

XXV - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

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

XXVII - GUIA MÉDICO: é a relação de médicos cooperados da CONTRATADA, serviços e ou contratados pela Operadora e das cooperativas participantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

XXVIII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros;

XXIX - IGP-M: Índice Geral de Preços de Mercado editado pela Fundação Getúlio Vargas;

XXX - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da Contratada.

XXXI - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário é internado no hospital, ficando sob os cuidados deste por mais de 12 horas, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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

XXXIII - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

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

XXXV - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
XXXIX - PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico - hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998.
XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas **contratualmente**, para a prestação de serviços aos usuários.
XLIII- TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, devidamente registrada no Cartório de Registro de Título e Documentos desta Capital.
XLIV - UNIMED é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Art. 7º. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

A CONTRATANTE ficará submetida ao tipo de regime de contratação por adesão ou empresarial, conforme estabelecido na proposta de admissão.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

Art. 8º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo por adesão, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todas os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 9º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 10. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

CAPÍTULO II - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Art. 11º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele oferecido à **pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tendo a adesão automática de empregados, associados ou sindicalizados, na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor com CONTRATANTE com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.**

§1º. No presente contrato coletivo empresarial, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todos os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º: Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 12º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 13. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas não poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14. Os serviços ora pactuados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela credenciada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue à CONTRATANTE.

Parágrafo Único: Embora façam parte da rede credenciada de outras Cooperativas Médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, os hospitais de tabela Própria constantes de relação anexa a este instrumento, não estão incluídos na cobertura deste pacto.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 15. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos através da Proposta de Adesão e aceitos pela CONTRATADA, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 16. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Art. 17. A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, **dentre os cooperados das cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED;**

b) atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e ambulatoriais; serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;

c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente;

Parágrafo Único: **Para a realização dos serviços descritos nas letras "b" e "c" do "caput", será necessária a obtenção de autorização prévia da CONTRATADA.**

Art. 18. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o Guia Médico, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus, médicos cooperados, serviços próprios e ou contratados pela Operadora e das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, **devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada, através da Central de Atendimento – 723.1000.**

Art. 19. **A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.**

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 20. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou**

emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED.

Art. 21. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado **de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento deduzido quando couber o percentual de co-participação descrito no Artigo 61**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) **solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;**

b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do **caput**, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGPM/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 22. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**

Art. 23. **A CONTRATANTE/USUÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.**

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 24. São usuários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 25. São usuários dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social**, em relação ao usuário titular:

a) o cônjuge;

b) os filhos solteiros, **até completarem 24 anos;**

c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;

d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**

e) os filhos comprovadamente inválidos;

f) o pai e a mãe.

CAPÍTULO III - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 26. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. **Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.**

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

Art. 27. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE, ainda que no ato da assinatura do presente contrato, a CONTRATADA tenha mais de 50 empregados.

Art. 28. É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **usuário titular**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente:**

a) **as carências do Plano já tenham sido cumpridas integralmente; e**

b) **a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.**

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, **desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;**

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, **quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato**, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

IV - dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos prazos de carência estabelecidos na Proposta de Adesão para os usuários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Capítulo II do Título IV, **os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados na Proposta de Adesão.**

Art. 29. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender ou perder às condições exigidas quando da sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, salvo nos casos do Capítulo V deste Título.

Parágrafo único. A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 30. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, sócio ou diretor da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

CAPÍTULO V - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

SEÇÃO I - DO DEDITIDO

Art. 31. A CONTRATADA assegura ao usuário titular **que contribuir para o plano contratado**, decorrente de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, **sem justa causa**, o direito de manter sua condição de usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados —, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano, nos termos dispostos neste artigo.

§3º. A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

Art. 32. O titular que **não participar financeiramente do plano**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, **não terá direito a cobertura** estabelecida neste Capítulo.

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

SEÇÃO II - DO APOSENTADO

Art. 33. A CONTRATADA assegura ao usuário titular que se aposentar, e **que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos**, o direito de manutenção como usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no *caput*, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-á o disposto nos § 2º e 3º do art. 28 e no art. 29.

SEÇÃO III - DAS RESPONSABILIDADES

Art. 34. Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da contraprestação em nome de seu empregado e eventuais dependentes quando a modalidade de pagamento for por fatura. Quando a modalidade de pagamento for boleto a responsabilidade pelo pagamento da contraprestação será do próprio USUÁRIO TITULAR.
Parágrafo Único: No caso de rescisão do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos usuários referidos neste Capítulo, a continuidade do direito já em fruição.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 35. A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

Art. 36. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

§1º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

Art. 37. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Parágrafo Único: **Arcará a CONTRATANTE com todas as despesas decorrentes da emissão de segunda via do cartão individual de identificação.**

TÍTULO VII - DO PLANO

Art. 38. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas previstas neste Título, **exclusivamente** dentro dos recursos próprios ou credenciados, nos termos da Proposta de Adesão.

Art. 39. **As coberturas discriminadas neste Título nos capítulos I e II, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetria, exceto em hospital de Tabela Própria, cuja somatória representa o plano contratado.**

CAPÍTULO I - DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 40. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos do CONSU **exceto aqueles excluídos no presente contrato**, observada a seguinte abrangência:

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

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;**

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas;**

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

V - a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;**

VI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia ambulatorial;

- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 41. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.

Art. 42. Também estão excluídas da cobertura deste capítulo:

- I - os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;
- II - serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;
- III - procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- IV - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- V - quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- VI - radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- VII - nutrição enteral ou parenteral;
- VIII - embolizações e radiologia intervencionista.

Parágrafo único. Os procedimentos deste artigo estarão cobertos pela segmentação hospitalar, integrante deste plano, após o cumprimento dos períodos de carência, conforme o caso.

Art. 43. Dentro da abrangência desta segmentação, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, e esta esteja em cumprimento de carências, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CAPÍTULO II – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 44. Durante a internação clínica, obstétrica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I - diárias de internação hospitalar, em padrão enfermagem, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado, exceto em hospital de Tabela Própria;
- II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;
- III - assistência médica através de médicos cooperados;
- IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;
- V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- VI - serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;
- IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- X - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XI - despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;
- XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
 - a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquele fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;
 - b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas**.
- XIII - Procedimentos obstétricos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este contrato, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas **na segmentação ambulatorial** (Capítulo I do Título VII).
- XIV - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como **materiais e medicamentos ministrados durante a internação**, e exames indispensáveis ao seu tratamento,

durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

Art. 45. Estão incluídos na cobertura, os seguintes **procedimentos** considerados **especiais**, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) remoções em urgências ou emergências, na forma do Artigo 7 da Resolução 13/98 do CONSU;
- j) fisioterapia.

Art. 46. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 47. A **Cirurgia Plástica Reparadora** terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo usuário, e que estejam causando problemas funcionais.

Art. 48. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) medicamentos nacionais e importados sem similar nacional, utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**
- Parágrafo único. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.**

Art. 49. Com a exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, **pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.**

Art. 50. Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º - As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão cobertas **pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação.**

§2º - Entende-se por prazo não cumulativo aquele que não ultrapassa o período de 12 meses. A não utilização do período integral em 12 meses não dará direito a utilização da diferença no período de 12 meses posterior.

§3º - As internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, não estão sujeitas a qualquer tipo de carência.

§4º - A utilização dos serviços descritos nos Artigos 46 e 47 por período superior ao acima descrito, se tomará de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, que passará a arcar exclusivamente com as despesas advindas de tal utilização, isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

Art. 51. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 52. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também exclui:

- a) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- b) despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;
- c) produtos de toalete e higiene pessoal;

- d) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- e) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este;
- f) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 53. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do usuário.

Art. 54. Nos casos de urgência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 55. Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em pleno vigor, e o comprovante de pagamento da mensalidade atualizado, na forma da lei.

Art. 56. O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 57. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda, deverá apresentar à UNIMED a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

Art. 58. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 59. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 60. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas, ou não. As despesas decorrentes destes acertos correrão por conta exclusiva do usuário.

Art. 61. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

CAPÍTULO III – DAS EXCLUSÕES

Art. 62. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

I - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

II - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;

III - atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;

IV - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes.

V - medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional;

VI - tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;

VII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

VIII - cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;

IX - vacina, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;
X - necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XI - exames para piscina e ginástica;
XII - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;
XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
XIV - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
XV - tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 160 do Código Civil) ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário;
XVI - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.
XVII - transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;
XVIII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.
XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior.
XX - acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças profissionais, exceto primeiros socorros;
XXI - exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho uma vez que se trata de um outro Produto, denominado Saúde Ocupacional;
Parágrafo único. A cobertura para o disposto nos incisos XX e XXI deste artigo, poderá ser contratada à parte, conforme Produto de LTTP (Lesões Traumatológicas de Trabalho e de Percurso) e de Saúde Ocupacional da CONTRATADA.

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 63. O período de carência para cada procedimento, se houver, está disposto No Anexo II, que é parte integrante deste contrato.

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 64. Será de responsabilidade da CONTRATANTE/USUÁRIO o pagamento da Co-participação no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre o valor global dos serviços e procedimentos discriminados no Artigo 37.

§1º. O pagamento da Co-participação pactuado será através de cobrança emitida pela CONTRATADA, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§2º. Os procedimentos de internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, bem como todos os atendimentos médicos e exames que fizerem parte do processo a nível interno do hospital ou clínica onde ocorrer a internação, serão de total e exclusiva responsabilidade da CONTRATADA desde que internado por esta e, respeitados os limites e coberturas contratuais.

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 65. No contrato coletivo com menos de 50 (cinquenta) participantes, os usuários titulares serão obrigados a informar, por si e por seus dependentes, serem conhecedores ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de Declaração de Saúde, cujo formulário está à disposição da CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a Entrevista Qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para a CONTRATANTE, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§2º. Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

§3º. É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração a que se refere o §1º.

§4º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravo do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da CONTRATANTE.

§5º. O valor correspondente ao agravo será previamente informado à CONTRATANTE.

§6º. Fica a critério da CONTRATADA, ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§7º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, à critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura ou sua exclusão, sem prejuízo

do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

Art. 66. A CONTRATANTE/USUÁRIO obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores de inscrição e mensalidades constantes deste contrato e a seguir descrito:

Inscrição:

Titular: R\$ 5,00

Dependente: R\$ 2,50

FAIXA ETÁRIA	R\$
0 à 99 anos	R\$ 69,00

Art. 67. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Parágrafo único. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente. Art. 68. O pagamento da Co-participação pactuado poderá ser realizado diretamente ao prestador de serviço ou através de cobrança emitida pela CONTRATADA juntamente com as mensalidades, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 69. Se a CONTRATANTE/USUÁRIO 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 para que não se sujeite as consequências da mora.

Art. 70. Quando a modalidade de pagamento for por fatura, as faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, no tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis.

Parágrafo Único: Para o acerto de que cuida o caput, as exclusões de dependentes solicitadas após o dia 15 só serão processadas no mês seguinte arcando a CONTRATANTE com o pagamento das mensalidades do mês em que fez o pedido.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 71. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação mensal, será cobrada mora diária de 0,33 % (zero trinta e três por cento).

Parágrafo Único – Fica estabelecido, desde já, que caso a inflação mensal atinja índice superior a 10% a.m. (dez por cento ao mês), a mensalidade em atraso será paga pelo seu valor atualizado monetariamente, acrescida de multa de 10% (dez por cento), incidente sobre esse valor, além de juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês). O índice de atualização monetária a ser aplicado será aquele utilizado para corrigir os débitos judiciais e será calculado desde a data do vencimento da mensalidade até a data do efetivo pagamento.

SEÇÃO II – DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 72 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do Artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato, exceto quanto aos usuários da CONTRATANTE internados.

Parágrafo Único: A CONTRATADA, poderá em garantia de seu direito de cobrança do créditos de que cuidam os artigos deste Capítulo, inscrever em Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), o nome da CONTRATANTE/USUÁRIO, até a quitação de seu débito, com o que anui a CONTRATANTE/USUÁRIO.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 73. Os valores previstos no presente contrato foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração nesses itens ensejará novos valores.

Art. 74. Nos termos da lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, levando-se em conta dois fatores: o aumento nos itens de custo representado pela elevação dos preços dos serviços prestados e o aumento na frequência de utilização desses serviços, representado pelo crescimento da quantidade de serviços prestados, a cada usuário.

§1º. A parcela de reajuste referente ao incremento nos preços dos itens de custo será calculada levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme a seguinte fórmula genérica:

1ª PARCELA REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS)

§2º. A parcela de reajuste referente ao aumento da frequência de utilização será calculada a partir da divisão entre a média de utilização unitária do período atual (1º ao 12º mês anterior à data do cálculo) e a do período anterior (13º ao 24º mês anterior à data do cálculo), consoante a fórmula genérica a seguir:

2ª PARCELA REAJUSTE = MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (1º ao 12º mês) / MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (13º ao 24º mês).

§ 3º - À parcela de reajuste referente ao aumento nos preços dos itens de custo será acrescida a parcela de reajuste referente ao aumento da frequência compondo o índice de reajuste anual a ser aplicado aos preços das mensalidades.

§ 4º - Compõem as despesas médicas e hospitalares os honorários médicos sobre as consultas e outros procedimentos; as diárias e as taxas hospitalares; os materiais e os medicamentos. Compõem as despesas administrativas os salários, encargos e outras despesas.

§ 5º - O valor das mensalidades poderão também ser revistos nas hipóteses de: haver utilização comprovada acima da média normal ou acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento (ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados) que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

§ 6º - Caso a nova legislação venha a autorizar o reajuste de preços em período inferior a doze meses, esta terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 75. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajuste, nos termos do artigo anterior, a mensalidade será reajustada, provisoriamente, na periodicidade legal, pela variação do índice de preços dos serviços de saúde divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (Coluna 4A), ou, na falta desse, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 76. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos usuários, ou do módulo adicional, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato, unificando-se as respectivas datas base.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 77. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado.

Art. 78. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- 1º - De 0 à 99 anos; usuários inscritos até 31/12/2005 e novos funcionários, valor de R\$ 69,00.
- 2º - Dependentes inscritos a partir de 31/12/2005 com 20% de desconto sobre a tabela da empresa.

FAIXA ETÁRIA	410.937/99-6 ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA
ATÉ 18 ANOS	R\$ 49,17
19 À 23 ANOS	R\$ 57,71
24 À 28 ANOS	R\$ 57,71
29 À 33 ANOS	R\$74,42
34 À 38 ANOS	R\$74,42
39 À 43 ANOS	R\$ 98,51
44 À 48 ANOS	R\$ 98,51
49 À 53 ANOS	R\$ 126,27
54 À 58 ANOS	R\$ 126,27
59 ANOS E MAIS	R\$ 281,41

Art. 79. A CONTRATANTE/USUÁRIO reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa

etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente de acordo com os percentuais correspondentes, a saber:

Parágrafo Único: Os aumentos decorrentes da faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e, não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo – Data Base.

Art. 80. Os usuários com idade a partir de 61 (sessenta e um) anos e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 81. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer, judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 82. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto no art. 26.

Art. 83. Antes do término do prazo mínimo fixado no Art. 4º, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 84. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura ou por conta do USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto.

Art. 85. A CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura, ou o USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto, reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Art. 86. Seguro por morte acidental ou morte natural:

§1º. Aos usuários titulares inscritos, desde que em perfeito estado de saúde e com até 65 (sessenta e cinco) anos quando da inscrição, será assegurada cobertura por morte natural ou acidental, obedecendo às seguintes condições:

§2º. Pagamento em dia das mensalidades.

§3º. Carência de 06 (seis) meses contados da data da sua inscrição

§4º. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido deverão apresentar a UNIMED; a) certidão de óbito; b) certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário; c) na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com legislação pertinente.

§5º. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista no Art. 83, enquanto perdurar.

§6º. Os valores assegurado são aqueles constantes da Proposta de Admissão por morte natural e por morte acidental constante naquela proposta, segundo a variação da TR (Taxa de Referência) ou outro Índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador.

§7º. O presente seguro será coberto pela UNIMED SEGURADORA S/A, com sede na cidade de São Paulo- SP, representada pela UNIMED, obedecidas às normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

CAPÍTULO II - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

Art. 87. Plano de Extensão Assistencial - PEA: PEA: É o plano de benefícios instituído em favor dos usuários dependentes para que possam gozar, sem ônus e após o óbito do usuário titular, dos serviços médico-hospitalares previstos neste contrato.

§1º. Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes inscritos terão direito aos serviços previstos no Plano que tenha adquirido enquanto vivo o titular da UNIMED Singular onde foram cadastrados, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

§2º. Os usuários dependentes incluídos no plano no ato da inscrição do usuário titular, somente terão direito ao presente benefício, após cumprido o período de carência de 06 (seis) meses da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

§3º. Os usuários dependente incluídos posteriormente a inscrição do usuário titular somente obterão direito ao presente benefício, após cumprido o período de 12 (doze) meses contados da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

Art. 88. Consideram-se dependentes, aptos a participar do PEA, conforme Artigo 22:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até completarem 24 anos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe com **dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social do usuário titular.**

§1º. O direito ao PEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário falecido, nos termos da legislação civil, que será inscrito na forma do Art. 22.

§2º. **Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido no Art. 84 o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência.**

Art. 89. Os benefícios previstos no Artigo 84 ficam condicionados à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, na forma do Art. 85.

Art. 90. **Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do inciso anterior, ficam impedidos de gozar os benefícios da Extensão Assistencial, ainda que tivessem direito aos serviços deste Contrato, quando vivo o usuário titular.**

Art. 91. O cartão de identificação do usuário titular, no caso de seu falecimento, será substituído pela identificação pessoal da Extensão Assistencial.

Art. 92. O direito pela Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no local onde residem ou onde venham a fixar residência, desde que situados na área de ação de qualquer Unimed pertencente ao Sistema Nacional Unimed.

TÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Adesão, para a devida apuração.

Art. 94. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever da CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência, quando a modalidade de pagamento for por fatura. Tal responsabilidade será direta do USUÁRIO TITULAR quando a modalidade de pagamento for boleto.

Art. 95. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 96. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 97. A inserção de mensagens no boleto de cobrança das mensalidades valerá como notificação extrajudicial da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato.

Art. 98. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 99. A CONTRATANTE, por si e pelos seus usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, **inclusive quanto aos atendimentos**, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como órgãos judiciais mediante procedimentos próprios, na forma da Lei.

Art. 100. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 101. Casos omissos, eventuais dúvidas e alterações na legislação vigente, deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 102. Fica eleito o foro da Sede da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 103. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Por estarem assim, justas e contratadas, firmam este instrumento, na presença de duas testemunhas abaixo nomeadas e qualificadas.

CONTRATANTE

CONTRATADA

ANEXO I

Ficam **EXCLUÍDOS** da cobertura deste Contrato, os seguintes Hospitais de Tabela Própria:

- Pernambuco: Hospital Santa Joana, Hospital Albert Sabin, Memorial São José;
- Bahia: Hospital Aliança, Hospital Português, Hospital Espanhol, Hospital Santo Amaro e Hospital São Raphael, Probaby;
- Rio Grande do Sul: Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;

- São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração, Casa de Saúde Santa Rita, Hospital A. C. Camargo, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Cristo Rei, Hospital Family, Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Joana, Hospital Santa Paula, Hospital São Camilo, Hospital São Leopoldo, Hospital São Luiz, Casa de Saúde Santa Rita;
- Rio de Janeiro: Casa de Saúde São José, Clínica Bambina Ltda, Clínica Sorocaba S/A, Clínica Pediátrica da Barra Ltda, OH-Day Hospital S/C Ltda, Hospital Barra D'or, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda, Clínica Perinatal Laranjeiras, Casa de Saúde Santa Lucia, Hospital Amparo Feminino de 1912, Prontocor – Pronto Socorro Clínico Cardiológico, Sociedade Beneficente Israelita do Rio de Janeiro;

Esta relação estará sujeita a modificações periódicas.

CARÊNCIAS - ANEXO II

24 horas	Emergência / Urgência	✓ Acidentes Pessoais
30 dias Exames Básicos	✓ Consultas ✓ RX sem contraste ✓ Exames análises clínicas Exames citopatológicos	✓ Eletrocardiograma convencional ✓ Eletroencefalograma convencional ✓ Nebulização
60 dias Exames Especializados Tipo A	✓ RX contrastado ✓ Cardiotocografia ✓ Ecocardiograma fetal	✓ Eletrocardiograma fetal ✓ USG obstétrico ✓ Exames diagnose em obstetrícia
90 dias	✓ Internações Clínicas	✓ Internações Clínicas em UTI
120 dias Exames Especializados Tipo B	✓ Exames e testes alergológicos ✓ Exames e testes oftalmológicos ✓ Exames e testes otorrinolaringológicos ✓ Endoscopia diagnóstica ✓ Teste ergométrico ✓ USG (exceto obstétrica) ✓ Prova função pulmonar ✓ Ecocardiograma bidimensional colorido ou não ✓ Holter ✓ Mapa ✓ Diálise ✓ Exames anatomopatológicos ✓ Exames e testes urológicos ✓ Hemodiálise ✓ Medicina nuclear ✓ Tomografia computadorizada Densitometria óssea	✓ Polissonografia ✓ Biópsia ✓ Angiografia ✓ Arteriografia ✓ Laparoscopia diagnóstica ✓ Fisioterapia ✓ Mapeamento cerebral ✓ Hemoterapia ✓ Eletroneuromiografia ✓ Audiometria ✓ Potencial evocado ✓ Urodinâmica completa ✓ Vídeo diagnóstica ✓ Espirometria ✓ Exames citogenéticos ✓ Nutrição parenteral e enteral ✓ Terapias ✓ Tratamento e Cirurgias Ambulatórias
180 dias Internações / Exames Especializados Tipo C	✓ Vídeo cirúrgica ✓ Radiologia intervencionista ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ✓ Transplantes de rins e córnea ✓ Endoscopia cirúrgica Litotripsia	✓ Ressonância nuclear magnética ✓ Quimioterapia ✓ Radioterapia ✓ Laparoscopia cirúrgica ✓ Internações Cirúrgicas ✓ Internações Cirúrgicas em UTI ✓ Histeroscopia cirúrgica
300 dias	✓ Parto Cesárea ✓ Parto Normal	✓ Outros procedimentos cirúrgicos obstétricos
24 meses	✓ Tratamento de doenças pré-existentes com opção de cobertura parcial temporária	



VALE DO RIO DOCE

PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º
() EMPRESARIAL (X) COLETIVO POR ADESAO
CÓDIGO DA EMPRESA N.º

CONTRATADA: UNIMED VALE DO RIO DOCE - COOP. DE TRAB. MÉDICO LTDA REG. SUSEP N.º 37.162
RUA DR JOAQUIM RIBEIRO FILHO, 259 ESPLANADA COLATINA ES CNPJ: 39.384.664/0001-37 CEP: 29700-190 TEL: (027) 722-0177

RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA	RG	NACIONALIDADE	PROFISSÃO	CARGO
PAULO ROBERTO FOLETTTO	340600-ES	BRASILEIRO	MÉDICO	PRESIDENTE
JORGE GALVÃO B. SOARES JUNIOR	2816394-RJ	BRASILEIRO	MÉDICO	VICE-PRESIDENTE

CONTRATANTE
CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS DE COLATINA INICIO DO CONTRATO
22/07/2004

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA BAIRRO UF
TRAVESSA: ROTARY CENTRO ES

CIDADE CEP TELEFONE FAX:
COLATINA 29.700-240 3723-5051

INSC. EST.: CGC: TC COD.VENDA TIPO DE PLANO N.º DE USUÁRIOS
ISENTO 27.085.182/0001-05 ADAPTAÇÃO 01.02.03.04

PLANO E Nº DE REGISTRO PROVISÓRIO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- 1 - (x) UNIPARTICIPAN C/ OBSTETRÍCIA ENFERMARIA S/REMOÇÃO P.J. nº 410.937/99-6 (AMB. + HOSPITALAR)
2 - (x) UNIPARTICIPAN C/ OBSTETRÍCIA APARTAMENTO S/REMOÇÃO P.J. nº 410.938/99-4 (AMB. + HOSPITALAR)

REGIME DE CONTRATAÇÃO:
(x) COLETIVA POR ADESAO COM MENOS DE 50 USUÁRIOS.
() COLETIVA POR ADESAO COM MAIS DE 50 USUÁRIOS.
() COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 50 USUÁRIOS.
() COLETIVA EMPRESARIAL COM MAIS DE 50 USUÁRIOS.

SEGURO DE VIDA: MORTE NATURAL - R\$1.411,41 MORTE ACIDENTAL: R\$ 2.822,82

- PRAZO MÍNIMO DESTA CONTRATO SERÁ DE 12 (DOZE) MESES;
 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO: NACIONAL.
- SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL - CONSULTAS, PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE / TERAPIA E TRATAMENTOS AMBULATORIAIS.
SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR - NÃO HÁ CO-PARTICIPAÇÃO, SOMENTE CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS NO CONTRATO.

CO-PARTICIPAÇÃO PARA OS PLANOS UNIPARTICIPAN

Eventos	Co-participação (em R\$ ou %)	Eventos	Co-participação (em R\$ ou %)
Consultas Clínicas e Cirúrgicas	50%	Radioterapia amb. (megavoltagem, cobaltoterapia, cesoterapia, eletroterapia, etc).	50%
Exames Básicos	50%	Hemoterapia ambulatorial	50%
Exames Especializados	50%	Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais	50%
Hemodíalise e diálise peritoneal - CAPD	50%	Tratamento Psicoterápico	50%
Fisioterapia	50%	Tratamento e cirurgias ambulatoriais	50%
Quimioterapia Ambulatorial	50%		

CARÊNCIAS:
CONFORME ANEXO II DO CONTRATO.

DAS CONTRAPRESTAÇÕES: VALORES
O Valor da inscrição e da mensalidade estarão discriminados no Art. 66 do contrato.
A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária estará discriminada no Art.79 do contrato.

INSTRUÇÕES AO CONTRATANTE

LEIA COM MUITA ATENÇÃO ESTE CONTRATO, ASSIM COMO A DECLARAÇÃO DE SAÚDE, QUE É O DOCUMENTO FUNDAMENTAL PARA A SUA ACEITAÇÃO NO PLANO ASSISTENCIAL.

A Declaração de saúde deve ser preenchida de próprio punho pelo CONTRATANTE, em nome próprio e de seus dependentes e agregados. Ao preencher a Declaração de Saúde e assinar a proposta, o CONTRATANTE ou responsável pelo CONTRATANTE assume a responsabilidade pelas informações nela contidas, inclusive em relação aos dependentes e agregados.

FAZ PARTE INTEGRANTE DA PRESENTE PROPOSTA: CONDIÇÕES GERAIS, CONTRATO (NA ÍNTEGRA), ANEXOS I E II, DECLARAÇÃO DE SAÚDE, GUIA MÉDICO, QUE NESTE ATO DECLARO ESTAR RECEBENDO, APOS FORMAL LEITURA E ESCLARECIMENTOS NECESSÁRIOS, E QUE ESTOU DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES AQUI PACTUADAS, RESTANDO POR RECEBER SOMENTE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.

Colatina, 22 de julho de 2004.

Unimed Vale do Rio Doce

Assinatura do Contratante ou Responsável

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos,
de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares.**
Uniparticipan C/Obstetria em Enfermaria Pessoa Juridica/ Adesão com Co-participação de 50%

REGISTRO PROVISÓRIO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 410.937/99-0
REGISTRO PROVISÓRIO NA SUSEP Nº 37162

Para perfeito entendimento e interpretação do contrato, são adotadas as seguintes definições: **CONTRATANTE: DESCRIMINADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO (QUE FAZ PARTE DESTE CONTRATO) CONTRATADA: UNIMED VALE DO RIO DOCE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, regularmente constituída nos moldes da Lei 5.764/71, na qualidade de operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o inciso I, do §1º, do artigo 1º da Lei 9.656/98, com sede nesta cidade, na Rua Dr. Joaquim Ribeiro Filho nº. 259 – Esplanada-Colatina - ES, inscrita no CNPJ sob nº 39.384.664/0001-37, por seus representantes legais, na qualidade de mandatária de todos os seus médicos cooperados.

Pelo presente contrato e na melhor forma de direito, as partes qualificadas como **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** têm justa e contratada a prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar e Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, na forma das cláusulas e condições que seguem, conforme instrumento registrado sob nº 6890, do livro B20 junto ao 1º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Colatina - ES.

TÍTULO I – DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Art. 1º. O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos (disponível para consulta junto à **CONTRATADA**) para os **planos ambulatorial e hospitalar com obstetria**, de acordo com a Resolução nº 67, publicada em 8 de maio de 2001 **exceto os excluídos neste contrato**, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2º. A assistência ora pactuada visa à prevenção de doenças e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 3º. É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, devidamente aceita pela **CONTRATADA**.

Art. 4º. O presente Contrato é firmado pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, tornando-se a partir do termo final por prazo indeterminado.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - **CONTRATANTE:** é a **pessoa jurídica** que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

II - **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Adesão, que obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

III - **USUÁRIO:** é a pessoa física, inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, ou de dependentes, conforme definido no Título V.

IV - **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento validado pela Contratada, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

Art. 6º. Também são assim definidos:

I - **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.

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

III - **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

IV - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

V - **BENEFICIÁRIO:** é aquele que é favorecido pelo benefício.

VI - **BENEFÍCIO:** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.

VII - **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

- VIII - CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
- IX - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
- X - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- XI - CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.
- XII - COBERTURA: é a cláusula contratada a que o usuário tem direito.
- XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.
- XIV - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- XV - CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP): é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- XVI - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário em ambiente hospitalar ou consultório médico.
- XVII - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.
- XVIII - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e companheirismo.
- XIX - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência **(acrescido de um percentual a título de despesas administrativas)**.
- XX - DATA BASE: é o dia e mês de início de vigência do contrato, que servirá de base para a reavaliação anual do valor da mensalidade.
- XXI - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XXII - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.
- XXIII - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXIV - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XXV - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.
- XXVI - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.
- XXVII - GUIA MÉDICO: é a relação de médicos cooperados da CONTRATADA, serviços e ou contratados pela Operadora e das cooperativas participantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.
- XXVIII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros;
- XXIX - IGP-M: Índice Geral de Preços de Mercado editado pela Fundação Getúlio Vargas;
- XXX - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da Contratada.
- XXXI - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário é internado no hospital, ficando sob os cuidados deste por mais de 12 horas, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXXII - MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.
- XXXIII - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
- XXXIV - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXV - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXXVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

- XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
- XXXIX - PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico - hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
- XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998.
- XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas **contratualmente**, para a prestação de serviços aos usuários.
- XLIII- TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, devidamente registrada no Cartório de Registro de Título e Documentos desta Capital.
- XLIV - UNIMED é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
- XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Art. 7º. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

A CONTRATANTE ficará submetida ao tipo de regime de contratação por adesão ou empresarial, conforme estabelecido na proposta de admissão.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

Art. 8º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo por adesão, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todos os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 9º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 10. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

CAPÍTULO II - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Art. 11º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele oferecido à pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tendo a adesão automática de empregados, associados ou sindicalizados, na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor com CONTRATANTE com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo empresarial, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todos os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 12º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 13. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas não poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14. Os serviços ora pactuados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela credenciada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue à CONTRATANTE.

Parágrafo Único: Embora façam parte da rede credenciada de outras Cooperativas Médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, os hospitais de tabela Própria constantes de relação anexa a este instrumento, não estão incluídos na cobertura deste pacto.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 15. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos através da Proposta de Adesão e aceitos pela CONTRATADA, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 16. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Art. 17. A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, **dentre os cooperados das cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED;**

b) atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;

c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente;

Parágrafo Único: **Para a realização dos serviços descritos nas letras "b" e "c" do "caput", será necessária a obtenção de autorização prévia da CONTRATADA.**

Art. 18. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o Guia Médico, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus, médicos cooperados, serviços próprios e ou contratados pela Operadora e das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, **devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada, através da Central de Atendimento – 723.1000.**

Art. 19. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 20. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou**

emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED.

Art. 21. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento deduzido quando couber o percentual de co-participação descrito no Artigo 61, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGPM/FGV, ou por outro Índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 22. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 23. A CONTRATANTE/USUÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 24. São usuários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 25. São usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até completarem 24 anos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe.

CAPÍTULO III - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 26. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

Art. 27. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE, ainda que no ato da assinatura do presente contrato, a CONTRATADA tenha mais de 50 empregados.

Art. 28. É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **usuário titular**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente:**

a) **as carências do Plano já tenham sido cumpridas integralmente; e**

b) **a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.**

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, **desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;**

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, **quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato**, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

IV - dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos prazos de carência estabelecidos na Proposta de Adesão para os usuários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Capítulo II do Título IV, **os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados na Proposta de Adesão.**

Art. 29. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender ou perder às condições exigidas quando da sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, salvo nos casos do Capítulo V deste Título.

Parágrafo único. A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 30. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, sócio ou diretor da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

CAPÍTULO V - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

SEÇÃO I - DO DEDITIDO

Art. 31. A CONTRATADA assegura ao usuário titular **que contribuir para o plano contratado**, decorrente de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, **sem justa causa**, o direito de manter sua condição de usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados —, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano, nos termos dispostos neste artigo.

§3º. A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

Art. 32. O titular que **não participar financeiramente do plano**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, **não terá direito a cobertura** estabelecida neste Capítulo.

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

SEÇÃO II - DO APOSENTADO

Art. 33. A CONTRATADA assegura ao usuário titular que se aposentar, e **que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos**, o direito de manutenção como usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no *caput*, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-á o disposto nos § 2º e 3º do art. 28 e no art. 29.

SEÇÃO III - DAS RESPONSABILIDADES

Art. 34. Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da contraprestação em nome de seu empregado e eventuais dependentes quando a modalidade de pagamento for por fatura. Quando a modalidade de pagamento for boleto a responsabilidade pelo pagamento da contraprestação será do próprio USUÁRIO TITULAR.
Parágrafo Único: No caso de rescisão do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos usuários referidos neste Capítulo, a continuidade do direito já em fruição.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 35. A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

Art. 36. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

§1º. **Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.**

§2º. **O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.**

Art. 37. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Parágrafo Único: **Arcará a CONTRATANTE com todas as despesas decorrentes da emissão de segunda via do cartão individual de identificação.**

TÍTULO VII - DO PLANO

Art. 38. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas previstas neste Título, **exclusivamente** dentro dos recursos próprios ou credenciados, nos termos da Proposta de Adesão.

Art. 39. **As coberturas discriminadas neste Título nos capítulos I e II, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetria, exceto em hospital de Tabela Própria, cuja somatória representa o plano contratado.**

CAPÍTULO I - DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 40. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos do CONSU exceto aqueles excluídos no presente contrato, observada a seguinte abrangência:

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

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;**

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas;**

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

V - a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;**

VI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia ambulatorial;

- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 41. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.

Art. 42. Também estão excluídas da cobertura deste capítulo:

- I - os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;
- II - serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;
- III - procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- IV - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- V - quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- VI - radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- VII - nutrição enteral ou parenteral;
- VIII - embolizações e radiologia intervencionista.

Parágrafo único. Os procedimentos deste artigo estarão cobertos pela segmentação hospitalar, integrante deste plano, após o cumprimento dos períodos de carência, conforme o caso.

Art. 43. Dentro da abrangência desta segmentação, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, e esta esteja em cumprimento de carências, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CAPÍTULO II – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 44. Durante a internação clínica, obstétrica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I - diárias de internação hospitalar, **em padrão enfermária**, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado, exceto em hospital de Tabela Própria;
- II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, **exceto os não cobertos por este contrato**;
- III - assistência médica através de médicos cooperados;
- IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;
- V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- VI - serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;
- IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- X - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar**;
- XI - despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;
- XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
 - a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;
 - b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas**.
- XIII - Procedimentos obstétricos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este contrato, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na **segmentação ambulatorial** (Capítulo I do Título VII).
- XIV - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como **materiais e medicamentos ministrados durante a internação**, e exames indispensáveis ao seu tratamento,

durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

Art. 45. Estão incluídos na cobertura, os seguintes **procedimentos** considerados **especiais**, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) remoções em urgências ou emergências, na forma do Artigo 7 da Resolução 13/98 do CONSU;
- j) fisioterapia.

Art. 46. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 47. **A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo usuário, e que estejam causando problemas funcionais.**

Art. 48. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos nacionais e importados sem similar nacional, utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**

Parágrafo único. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

Art. 49. Com a exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, **pelos prazos máximos de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.**

Art. 50. Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º - As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão cobertas **pelos prazos máximos de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação.**

§2º - Entende-se por prazo não cumulativo aquele que não ultrapassa o período de 12 meses. A não utilização do período integral em 12 meses não dará direito a utilização da diferença no período de 12 meses posterior.

§3º - As internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, não estão sujeitas a qualquer tipo de carência.

§4º - A utilização dos serviços descritos nos Artigos 46 e 47 por período superior ao acima descrito, se tornará de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, que passará a arcar exclusivamente com as despesas advindas de tal utilização, isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

Art. 51. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 52. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também exclui:

- a) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- b) despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;
- c) produtos de toalete e higiene pessoal;

- d) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- e) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este;
- f) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 53. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do usuário:

Art. 54. Nos casos de urgência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 55. Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em pleno vigor, e o comprovante de pagamento da mensalidade atualizado, na forma da lei.

Art. 56. O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 57. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda, deverá apresentar à UNIMED a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

Art. 58. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 59. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 60. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas, ou não. As despesas decorrentes destes acertos correrão por conta exclusiva do usuário.

Art. 61. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

CAPÍTULO III – DAS EXCLUSÕES

Art. 62. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

I - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

II - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;

III - atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;

IV - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanções nucleares ou ionizantes.

V - medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional;

VI - tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;

VII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

VIII - cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;

IX - vacina, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;

X - necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XI - exames para piscina e ginástica;

XII - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;

XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XIV - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XV - tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 160 do Código Civil) ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário;

XVI - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.

XVII - transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;

XVIII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.

XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior.

XX - acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças profissionais, exceto primeiros socorros;

XXI - exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho uma vez que se trata de um outro Produto, denominado Saúde Ocupacional;

Parágrafo único. A cobertura para o disposto nos incisos XX e XXI deste artigo, poderá ser contratada à parte, conforme Produto de LTTP (Lesões Traumatológicas de Trabalho e de Percurso) e de Saúde Ocupacional da CONTRATADA.

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 63. O período de carência para cada procedimento, se houver, está disposto No Anexo II, que é parte integrante deste contrato.

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 64. Será de responsabilidade da CONTRATANTE/USUÁRIO o pagamento da Co-participação no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre o valor global dos serviços e procedimentos discriminados no Artigo 37.

§1º. O pagamento da Co-participação pactuado será através de cobrança emitida pela CONTRATADA, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§2º. Os procedimentos de internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, bem como todos os atendimentos médicos e exames que fizerem parte do processo a nível interno do hospital ou clínica onde ocorrer a internação, serão de total e exclusiva responsabilidade da CONTRATADA desde que internado por esta e, respeitados os limites e coberturas contratuais.

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 65. No contrato coletivo com menos de 50 (cinquenta) participantes, os usuários titulares serão obrigados a informar, por si e por seus dependentes, serem conhecedores ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de Declaração de Saúde, cujo formulário está à disposição da CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a Entrevista Qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para a CONTRATANTE, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§2º. Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

§3º. É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração a que se refere o §1º.

§4º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da CONTRATANTE.

§5º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado à CONTRATANTE.

§6º. Fica a critério da CONTRATADA, ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§7º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, a critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura ou sua exclusão, sem prejuízo

do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

Art. 66. A CONTRATANTE/USUÁRIO obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores de inscrição e mensalidades constantes deste contrato e a seguir descrito:

Inscrição:

Titular: R\$ 5,00

Dependente: R\$ 2,50

FAIXA ETÁRIA	R\$
Até 18 anos	47,83
19 a 23 anos	54,64
24 a 28 anos	62,66
29 a 33 anos	73,69
34 a 38 anos	75,61
39 a 43 anos	89,86
44 a 48 anos	114,43
49 a 53 anos	114,91
54 a 58 anos	122,82
59 anos e mais	273,72

Art. 67. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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

Art. 68. O pagamento da Co-participação pactuado poderá ser realizado diretamente ao prestador de serviço ou através de cobrança emitida pela CONTRATADA juntamente com as mensalidades, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 69. Se a CONTRATANTE/USUÁRIO 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 para que não se sujeite as conseqüências da mora.

Art. 70. Quando a modalidade de pagamento for por fatura, as faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, no tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis.

Parágrafo Único: Para o acerto de que cuida o caput, as exclusões de dependentes solicitadas após o dia 15 só serão processadas no mês seguinte arcando a CONTRATANTE com o pagamento das mensalidades do mês em que fez o pedido.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 71. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação mensal, será cobrada mora diária de 0,33 % (zero trinta e três por cento).

Parágrafo Único – Fica estabelecido, desde já, que caso a inflação mensal atinja índice superior a 10% a.m. (dez por cento ao mês), a mensalidade em atraso será paga pelo seu valor atualizado monetariamente, acrescida de multa de 10% (dez por cento), incidente sobre esse valor, além de juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês). O índice de atualização monetária a ser aplicado será aquele utilizado para corrigir os débitos judiciais e será calculado desde a data do vencimento da mensalidade até a data do efetivo pagamento.

SEÇÃO II – DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 72 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do Artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato, exceto quanto aos usuários da CONTRATANTE internados.

Parágrafo Único: A CONTRATADA, poderá em garantia de seu direito de cobrança do créditos de que cuidam os artigos deste Capítulo, inscrever em Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), o nome da CONTRATANTE/USUÁRIO, até a quitação de seu débito, com o que anui a CONTRATANTE/USUÁRIO.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 73. Os valores previstos no presente contrato foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração nesses itens ensejará novos valores.

Art. 74. Nos termos da lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, levando-se em conta dois fatores: o aumento nos itens de custo representado pela elevação dos preços dos serviços prestados e o aumento na frequência de utilização desses serviços, representado pelo crescimento da quantidade de serviços prestados, a cada usuário.

§1º. A parcela de reajuste referente ao incremento nos preços dos itens de custo será calculada levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme a seguinte fórmula genérica:

1ª PARCELA REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS).

§2º. A parcela de reajuste referente ao aumento da frequência de utilização será calculada a partir da divisão entre a média de utilização unitária do período atual (1º ao 12º mês anterior à data do cálculo) e a do período anterior (13º ao 24º mês anterior à data do cálculo), consoante a fórmula genérica a seguir:

2ª PARCELA REAJUSTE = MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (1º ao 12º mês) / MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (13º ao 24º mês).

§ 3º - A parcela de reajuste referente ao aumento nos preços dos itens de custo será acrescida a parcela de reajuste referente ao aumento da frequência compondo o índice de reajuste anual a ser aplicado aos preços das mensalidades.

§ 4º - Compõem as despesas médicas e hospitalares os honorários médicos sobre as consultas e outros procedimentos; as diárias e as taxas hospitalares; os materiais e os medicamentos. Compõem as despesas administrativas os salários, encargos e outras despesas.

§ 5º - O valor das mensalidades poderão também ser revistos nas hipóteses de: haver utilização comprovada acima da média normal ou acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento (ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados) que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

§ 6º - Caso a nova legislação venha a autorizar o reajuste de preços em período inferior a doze meses, esta terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 75. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajuste, nos termos do artigo anterior, a mensalidade será reajustada, provisoriamente, na periodicidade legal, pela variação do índice de preços dos serviços de saúde divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (Coluna 4A), ou, na falta desse, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 76. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos usuários, ou do módulo adicional, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato, unificando-se as respectivas datas base.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 77. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado.

Art. 78. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- a) 1ª - Até 18 (dezoito) anos;
- b) 2ª - de 19 (dezenove) à 23 (vinte e três) anos;
- c) 3ª - de 24 (vinte e quatro) à 28 (vinte e oito) anos;
- d) 4ª - de 29 (vinte e nove) à 33 (trinta e três) anos;
- e) 5ª - de 34 (trinta e quatro) à 38(trinta e oito) anos;
- f) 6ª - de 39 (trinta e nove) à 43(quarenta e três) anos;

- g) 7ª - de 44.(quarenta e quatro) à 48(quarenta e oito) anos;
- h) 8ª - de 49 (quarenta e nove) à 53(cinquenta e três) anos;
- i) 9ª - de 54(cinquenta e quatro) à 58(cinquenta e oito)anos;
- j) 10ª- de 59 (cinquenta e nove) e mais.

Art. 79. A CONTRATANTE/USUÁRIO reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente de acordo com os percentuais correspondentes, a saber:

FAIXA ETÁRIA	%
Até 18 anos	0,00
19 à 23 anos	14,23
24 à 28 anos	14,68
29 à 33 anos	17,61
34 à 38 anos	2,61
39 à 43 anos	18,84
44 à 48 anos	27,34
49 à 53 anos	0,42
54 à 58 anos	6,88
59 anos e mais	122,87

Parágrafo Único: Os aumentos decorrentes da faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e, não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo – Data Base.

Art. 80. Os usuários com idade a partir de 61 (sessenta e um) anos e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 81. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer, judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 82. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto no art. 26.

Art. 83. Antes do término do prazo mínimo fixado no Art. 4º, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 84. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura ou por conta do USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto.

Art. 85. A CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura, ou o USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto, reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Art. 86. Seguro por morte acidental ou morte natural:

§1º. Aos usuários titulares inscritos, **desde que em perfeito estado de saúde e com até 65 (sessenta e cinco) anos quando da inscrição**, será assegurada cobertura por morte natural ou acidental, obedecendo às seguintes condições:

§2º. Pagamento em dia das mensalidades.

§3º. Carência de 06 (seis) meses contados da data da sua inscrição

§4º. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido deverão apresentar a UNIMED: a) certidão de óbito; b) certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário; c) na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com legislação pertinente.

§5º. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista no Art. 83, enquanto perdurar.

§6º. Os valores assegurado são aqueles constantes da Proposta de Admissão por morte natural e por morte acidental constante naquela proposta, segundo a variação da TR (Taxa de Referência) ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador.

§7º. O presente seguro será coberto pela UNIMED SEGURADORA S/A, com sede na cidade de São Paulo- SP, representada pela UNIMED, obedecidas às normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

CAPÍTULO II - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

Art. 87. **Plano de Extensão Assistencial - PEA:** PEA: É o plano de benefícios instituído em favor dos usuários dependentes para que possam gozar, sem ônus e após o óbito do usuário titular, dos serviços médico-hospitalares previstos neste contrato.

§1º. Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes inscritos terão direito aos serviços previstos no Plano que tenha adquirido enquanto vivo o titular da UNIMED Singular onde foram cadastrados, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

§2º. Os usuários dependentes incluídos no plano no ato da inscrição do usuário titular, somente terão direito ao presente benefício, após cumprido o período de carência de 06 (seis) meses da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

§3º. Os usuários dependente incluídos posteriormente a inscrição do usuário titular somente obterão direito ao presente benefício, após cumprido o período de 12 (doze) meses contados da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

Art. 88. **Consideram-se dependentes, aptos a participar do PEA, conforme Artigo 22:**

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até completarem 24 anos;**
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe com **dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social do usuário titular.**

§1º. O direito ao PEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário falecido, nos termos da legislação civil, que será inscrito na forma do Art. 22.

§2º. Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido no Art. 84 o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência.

Art. 89. Os benefícios previstos no Artigo 84 ficam condicionados à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, na forma do Art. 85.

Art. 90. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do inciso anterior, ficam impedidos de gozar os benefícios da Extensão Assistencial, ainda que tivessem direito aos serviços deste Contrato, quando vivo o usuário titular.

Art. 91. O cartão de identificação do usuário titular, no caso de seu falecimento, será substituído pela identificação pessoal da Extensão Assistencial.

Art. 92. O direito pela Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no local onde residem ou onde venham a fixar residência, desde que situados na área de ação de qualquer Unimed pertencente ao Sistema Nacional Unimed.

TÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Adesão, para a devida apuração.

Art. 94. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever da CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência, quando a modalidade de pagamento for por fatura. Tal responsabilidade será direta do USUÁRIO TITULAR quando a modalidade de pagamento for boleto.

Art. 95. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 96. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 97. A inserção de mensagens no boleto de cobrança das mensalidades valerá como notificação extrajudicial da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato.

Art. 98. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 99. A CONTRATANTE, por si e pelos seus usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como órgãos judiciais mediante procedimentos próprios, na forma da Lei.

Art. 100. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 101. Casos omissos, eventuais dúvidas e alterações na legislação vigente, deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 102. Fica eleito o foro da Sede da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 103. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Por estarem assim, justas e contratadas, firmam este instrumento, na presença de duas testemunhas abaixo nomeadas e qualificadas.

CONTRATANTE

CONTRATADA

ANEXO I

Ficam EXCLUÍDOS da cobertura deste Contrato, os seguintes Hospitais de Tabela Própria:

- Pernambuco: Hospital Santa Joana, Hospital Albert Sabin, Memorial São José;
- Bahia: Hospital Aliança, Hospital Português, Hospital Espanhol, Hospital Santo Amaro e Hospital São Raphael, Probaby;
- Rio Grande do Sul: Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;
- São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração, Casa de Saúde Santa Rita, Hospital A. C. Camargo, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Cristo Rei, Hospital Family, Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Joana, Hospital Santa Paula, Hospital São Camilo, Hospital São Leopoldo, Hospital São Luiz, Casa de Saúde Santa Rita;
- Rio de Janeiro: Casa de Saúde São José, Clínica Bambina Ltda, Clínica Sorocaba S/A, Clínica Pediátrica da Barra Ltda, OH-Day Hospital S/C Ltda, Hospital Barra D'or, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda, Clínica Perinatal Laranjeiras, Casa de Saúde Santa Lucia, Hospital Amparo Feminino de 1912, Prontocor – Pronto Socorro Clínico Cardiológico, Sociedade Beneficente Israelita do Rio de Janeiro;

Esta relação estará sujeita a modificações periódicas.

CARÊNCIAS - ANEXO II

24 horas	Emergência / Urgência	✓ Acidentes Pessoais
30 dias Exames Básicos	✓ Consultas ✓ RX sem contraste ✓ Exames análises clínicas Exames citopatológicos	✓ Eletrocardiograma convencional ✓ Eletroencefalograma convencional ✓ Nebulização
60 dias Exames Especializados Tipo A	✓ RX contrastado ✓ Cardiotocografia ✓ Ecocardiograma fetal	✓ Eletrocardiograma fetal ✓ USG obstétrico ✓ Exames diagnose em obstetrícia
90 dias	✓ Internações Clínicas	✓ Internações Clínicas em UTI

<p>120 dias Exames Especializados Tipo B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exames e testes alergológicos ✓ Exames e testes oftalmológicos ✓ Exames e testes otorrinolaringológicos ✓ Endoscopia diagnóstica ✓ Teste ergométrico ✓ USG (exceto obstétrica) ✓ Prova função pulmonar ✓ Ecocardiograma bidimensional colorido ou não ✓ Holter ✓ Mapa ✓ Diálise ✓ Exames anatomopatológicos ✓ Exames e testes urológicos ✓ Hemodiálise ✓ Medicina nuclear ✓ Tomografia computadorizada Densitometria óssea 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Polissonografia ✓ Biópsia ✓ Angiografia ✓ Arteriografia ✓ Laparoscopia, diagnóstica ✓ Fisioterapia ✓ Mapeamento cerebral ✓ Hemoterapia ✓ Eletroneuromiografia ✓ Audiometria ✓ Potencial evocado ✓ Urodinâmica completa ✓ Video diagnóstica ✓ Espirometria ✓ Exames citogenéticos ✓ Nutrição parenteral e enteral ✓ Terapias ✓ Tratamento e Cirurgias Ambulatórias
<p>180 dias Internações / Exames Especializados Tipo C</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Video cirúrgica ✓ Radiologia intervencionista ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ✓ Transplantes de rins e córnea ✓ Endoscopia cirúrgica Litotripsia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressonância nuclear magnética ✓ Quimioterapia ✓ Radioterapia ✓ Laparoscopia cirúrgica ✓ Internações Cirúrgicas ✓ Internações Cirúrgicas em UTI ✓ Histeroscopia cirúrgica
<p>300 dias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parto Cesárea ✓ Parto Normal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Outros procedimentos cirúrgicos obstétricos
<p>24 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamento de doenças pré-existentes com opção de cobertura parcial temporária 	

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos,
de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares.
Uniparticipan C/Obstetrícia em Apartamento Pessoa Jurídica/ Adesão com
Co-participação de 50%**

**REGISTRO PROVISÓRIO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº.410.938/99-8
REGISTRO PROVISÓRIO NA SUSEP Nº. 37162**

Para perfeito entendimento e interpretação do contrato, são adotadas as seguintes definições: **CONTRATANTE: DESCRIMINADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO (QUE FAZ PARTE DESTA CONTRATO) e CONTRATADA: UNIMED VALE DO RIO DOCE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, regularmente constituída nos moldes da Lei 5.764/71, na qualidade de operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o inciso I, do §1º, do artigo 1º da Lei 9.656/98, com sede nesta cidade, na Rua Dr. Joaquim Ribeiro Filho nº. 259 – Esplanada - Colatina – ES, inscrita no CNPJ sob nº 39.384.664/0001-37, por seus representantes legais, na qualidade de mandatária de todos os seus médicos cooperados.

Pelo presente contrato e na melhor forma de direito, as partes qualificadas como **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** têm justa e contratada a prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar e Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, na forma das cláusulas e condições que seguem, conforme instrumento registrado sob nº 6887, do livro b-20, junto ao 1º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Colatina - ES.

TÍTULO I – DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Art. 1º. O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos (disponível para consulta junto à **CONTRATADA**) para os **planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia**, de acordo com a Resolução nº 67, publicada em 8 de maio de 2001 **exceto os excluídos neste contrato**, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2º. A assistência ora pactuada visa à prevenção de doenças e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 3º. É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, devidamente aceita pela **CONTRATADA**.

Art. 4º. O presente Contrato é firmado pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, tornando-se a partir do termo final por prazo indeterminado.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - **CONTRATANTE:** é a **pessoa jurídica** que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

II - **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

III - **USUÁRIO:** é a pessoa física, inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, ou de dependentes, conforme definido no Título V.

IV - **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento validado pela Contratada, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

Art. 6º. Também são assim definidos:

I - **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.

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

III - **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

- IV - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
- V - BENEFICIÁRIO: é aquele que é favorecido pelo benefício.
- VI - BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.
- VII - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- VIII- CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
- IX - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
- X - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- XI - CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.
- XII - COBERTURA: é a cláusula contratada a que o usuário tem direito.
- XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.
- XIV - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- XV - CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP): é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- XVI - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário em ambiente hospitalar ou consultório médico.
- XVII - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.
- XVIII - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e companheirismo.
- XIX - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência (**acrescido de um percentual a título de despesas administrativas**).
- XX - DATA BASE: é o dia e mês de início de vigência do contrato, que servirá de base para a reavaliação anual do valor da mensalidade.
- XXI - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XXII - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.
- XXIII - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXIV - EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XXV - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.
- XXVI - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.
- XXVII - GUIA MÉDICO: é a relação de médicos cooperados da CONTRATADA, serviços e ou contratados pela Operadora e das cooperativas participantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.
- XXVIII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros;
- XXIX - IGP-M: Índice Geral de Preços de Mercado editado pela Fundação Getúlio Vargas;
- XXX - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da Contratada.

XXXI - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário é internado no hospital, ficando sob os cuidados deste por mais de 12 horas, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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

XXXIII - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

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

XXXV - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

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

XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.

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

XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.

XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998.

XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.

XLIII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, devidamente registrada no Cartório de Registro de Título e Documentos desta Capital.

XLIV - UNIMED é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

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

Art. 7º. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

A CONTRATANTE ficará submetida ao tipo de regime de contratação por adesão ou empresarial, conforme estabelecido na proposta de admissão.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO

Art. 8º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo por adesão, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todas os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 9º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 10. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

CAPÍTULO II - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Art. 11º. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele oferecido à pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tendo a adesão automática de empregados, associados ou sindicalizados, na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor com CONTRATANTE com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

§1º. No presente contrato coletivo empresarial, a CONTRATANTE passa a ser a interveniente do mesmo, quando a modalidade de pagamento for por boleto individual, de responsabilidade direta do USUÁRIO TITULAR, mantendo-se todos os demais artigos a cargo da CONTRATANTE.

§2º. Quando o pagamento correspondente às taxas de inscrição e mensalidade for responsabilidade direta da CONTRATANTE, na conformidade do que se contém o Artigo 63, esta não figurará no plano como interveniente mas como responsável direta por todos artigos contratuais.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

Art. 12º. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

Art. 13. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas não poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14. Os serviços ora pactuados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela credenciada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue à CONTRATANTE.

Parágrafo Único: Embora façam parte da rede credenciada de outras Cooperativas Médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, os hospitais de tabela Própria constantes de relação anexa a este instrumento, não estão incluídos na cobertura deste pacto.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 15. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos através da Proposta de Adesão e aceitos pela CONTRATADA, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 16. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Art. 17. A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

- consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, **dentre os cooperados das cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED;**
- atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e ambulatoriais; serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;
- exames complementares e serviços auxiliares; serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente;

Parágrafo Único: **Para a realização dos serviços descritos nas letras "b" e "c" do "caput", será necessária a obtenção de autorização prévia da CONTRATADA.**

Art. 18. Neste ato é entregue à CONTRATANTE o Guia Médico, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, devendo, **entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos**

serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada, através da Central de Atendimento – 723.1000.

Art. 19. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 20. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED.

Art. 21. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento deduzido quando couber o percentual de co-participação descrito no Artigo 61, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGPM/FGV, ou por outro Índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 22. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 23. A CONTRATANTE/USUÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 24. São usuários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 25. São usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até completarem 24 anos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe.

CAPÍTULO III - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 26. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa.

responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. **Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.**

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar a CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

Art. 27. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE, ainda que no ato da assinatura do presente contrato, a CONTRATADA tenha mais de 50 empregados.

Art. 28. É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **usuário titular**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente:**

a) **as carências do Plano já tenham sido cumpridas integralmente; e**

b) **a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.**

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, **desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;**

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, **quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato**, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

IV - dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos prazos de carência estabelecidos na Proposta de Adesão para os usuários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Capítulo II do Título IV, **os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados na Proposta de Adesão.**

Art. 29. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender ou perder às condições exigidas quando da sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, salvo nos casos do Capítulo V deste Título.

Parágrafo único. A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 30. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, sócio ou diretor da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

CAPÍTULO V - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

SEÇÃO I - DO DEDITIDO

Art. 31. A CONTRATADA assegura ao usuário titular **que contribuir para o plano contratado**, decorrente de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, **sem justa causa**, o direito de manter sua condição de usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados —, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano, nos termos dispostos neste artigo.

§3º. A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

Art. 32. O titular que **não participar financeiramente do plano**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, **não terá direito a cobertura** estabelecida neste Capítulo.

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

SEÇÃO II - DO APOSENTADO

Art. 33. A CONTRATADA assegura ao usuário titular que se aposentar, e **que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos**, o direito de manutenção como usuário — e dos usuários dependentes a ele vinculados —, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.**

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no *caput*, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-á o disposto nos § 2º e 3º do art. 28 e no art. 29.

SEÇÃO III - DAS RESPONSABILIDADES

Art. 34. Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da contraprestação em nome de seu ex-empregado e eventuais dependentes quando a modalidade de pagamento for por fatura. Quando a modalidade de pagamento for boleto a responsabilidade pelo pagamento da contraprestação será do próprio USUÁRIO TITULAR.

Parágrafo Único: No caso de rescisão do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos usuários referidos neste Capítulo, a continuidade do direito já em fruição.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 35. A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

Art. 36. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

§1º. **Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.**

§2º. **O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.**

Art. 37. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Parágrafo Único: **Arcará a CONTRATANTE com todas as despesas decorrentes da emissão de segunda via do cartão individual de identificação.**

TÍTULO VII - DO PLANO

Art. 38. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas previstas neste Título, **exclusivamente** dentro dos recursos próprios ou credenciados, nos termos da Proposta de Adesão.

Art. 39. **As coberturas discriminadas neste Título nos capítulos I e II, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetria, exceto em hospital de Tabela Própria, cuja somatória representa o plano contratado.**

CAPÍTULO I – DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 40. **A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos do CONSU exceto aqueles excluídos no presente contrato, observada a seguinte abrangência:**

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

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;**

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas;**

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

V - a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;**

VI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia ambulatorial;

c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);

d) hemoterapia ambulatorial;

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 41. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.

Art. 42. Também estão excluídas da cobertura deste capítulo:

I - os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

II - serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;

III - procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;

IV - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

V - quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;

VI - radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;

VII - nutrição enteral ou parenteral;

VIII - embolizações e radiologia intervencionista.

Parágrafo único. Os procedimentos deste artigo estarão cobertos pela segmentação hospitalar, integrante deste plano, após o cumprimento dos períodos de carência, conforme o caso.

Art. 43. Dentro da abrangência desta segmentação, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, **e esta esteja em cumprimento de carências**, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CAPÍTULO II – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 44. Durante a internação clínica, obstétrica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, **em padrão quarto privativo**, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado, exceto em hospital de Tabela Própria;

II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, **exceto os não cobertos por este contrato;**

III - assistência médica através de médicos cooperados;

IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;

V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

VI - serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular;**

VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;

IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;

X - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar;**

XI - despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao

atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;

XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:

a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;

b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.**

XIII - Procedimentos obstétricos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este contrato, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas **na segmentação ambulatorial** (Capítulo I do Título VII).

XIV - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como **materiais e medicamentos ministrados durante a internação**, e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

Art. 45. Estão incluídos na cobertura, os seguintes **procedimentos** considerados **especiais**, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

b) quimioterapia;

c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

i) remoções em urgências ou emergências, na forma do Artigo 7 da Resolução 13/98 do CONSU;

j) fisioterapia.

Art. 46. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 47. A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo usuário, e que estejam causando problemas funcionais.

Art. 48. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos nacionais e importados sem similar nacional, utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**

Parágrafo único. **Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.**

Art. 49. Com a exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, **pele prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.**

Art. 50. Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º - As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão cobertas **pele prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação.**

§2º - Entende-se por prazo não cumulativo aquele que não ultrapassa o período de 12 meses. A não utilização do período integral em 12 meses não dará direito a utilização da diferença no período de 12 meses posterior.

§3º - As internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, não estão sujeitas a qualquer tipo de carência.

§4º - A utilização dos serviços descritos nos Artigos 46 e 47 por período superior ao acima descrito, se tornará de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, que passará a arcar exclusivamente com as despesas adivindas de tal utilização, isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

Art. 51. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 52. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também exclui:

- a) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- b) despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;
- c) produtos de toalete e higiene pessoal;
- d) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- e) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este;
- f) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 53. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do usuário.

Art. 54. Nos casos de urgência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 55. Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em pleno vigor, e o comprovante de pagamento da mensalidade atualizado, na forma da lei.

Art. 56. O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 57. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda, deverá apresentar à UNIMED a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

Art. 58. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 59. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 60. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas, ou não. As despesas decorrentes destes acertos correrão por conta exclusiva do usuário.

Art. 61. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

CAPÍTULO III – DAS EXCLUSÕES

Art. 62. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

- I - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

- II - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- III - atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- IV - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes.
- V - medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional;
- VI - tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;
- VII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- VIII - cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;
- IX - vacina, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;
- X - necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XI - exames para piscina e ginástica;
- XII - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;
- XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XIV - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XV - tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 160 do Código Civil) ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário;
- XVI - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.
- XVII - transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;
- XVIII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.
- XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior.
- XX - acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças profissionais, exceto primeiros socorros;
- XXI - exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho.

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 63. O período de carência para cada procedimento, se houver, está disposto no Anexo II, que é parte integrante deste contrato.

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 64. Será de responsabilidade da CONTRATANTE/USUÁRIO o pagamento da Co-participação no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre o valor global dos serviços e procedimentos discriminados no Artigo 37.

§1º. O pagamento da Co-participação pactuado será realizado através de cobrança emitida pela CONTRATADA, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§2º. Os procedimentos de internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, bem como todos os atendimentos médicos e exames que fizerem parte do processo a nível interno do hospital ou clínica onde ocorrer a internação, serão de total e exclusiva responsabilidade da CONTRATADA desde que internado por esta e, respeitados os limites e coberturas contratuais.

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 65. No contrato coletivo com menos de 50 (cinquenta) participantes, os usuários titulares serão obrigados a informar, por si e por seus dependentes, serem conhecedores ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de Declaração de Saúde, cujo formulário está à disposição da CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a Entrevista Qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para a CONTRATANTE, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§2º. Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

§3º. É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração a que se refere o §1º.

§4º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da CONTRATANTE.

§5º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado à CONTRATANTE.

§6º. Fica a critério da CONTRATADA, ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§7º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, à critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura ou sua exclusão, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

Art. 66. A CONTRATANTE/USUÁRIO obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores de inscrição e mensalidades constantes deste contrato e a seguir descrito

Inscrição:

Titular: R\$ 5,00

Dependente: R\$ 2,50

FAIXA ETÁRIA	R\$
Até 18 anos	59,43
19 a 23 anos	67,91
24 a 28 anos	77,88
29 a 33 anos	91,53
34 a 38 anos	93,92
39 a 43 anos	111,61
44 a 48 anos	142,15
49 a 53 anos	142,72
54 a 58 anos	152,54
59 anos e mais	339,99

Art. 67. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.
Parágrafo único. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 68. O pagamento da Co-participação pactuado poderá ser realizado através de cobrança emitida pela CONTRATADA juntamente com as mensalidades, podendo a CONTRATADA adotar a forma e modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 69. Se a CONTRATANTE/USUÁRIO 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 para que não se sujeite a consequência da mora.

Art. 70. Quando a modalidade de pagamento for por fatura, as faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, no tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis.

Parágrafo Único: Para o acerto de que cuida o caput, as exclusões de dependentes solicitadas após o dia 15 só serão processadas no mês seguinte arcando a CONTRATANTE com o pagamento das mensalidades do mês em que fez o pedido.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 71. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação mensal, será cobrada mora diária de 0,33 % (zero trinta e três por cento).

Parágrafo Único – Fica estabelecido, desde já, que caso a inflação mensal atinja índice superior a 10% a.m. (dez por cento ao mês), a mensalidade em atraso será paga pelo seu valor atualizado monetariamente, acrescida de multa de 10% (dez por cento), incidente sobre esse valor, além de juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês). O índice de atualização monetária a ser aplicado será aquele utilizado para corrigir os débitos judiciais e será calculado desde a data do vencimento da mensalidade até a data do efetivo pagamento.

SEÇÃO II – DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 72 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do Artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato, exceto quanto aos usuários da CONTRATANTE internados.

Parágrafo Único: A CONTRATADA, poderá em garantia de seu direito de cobrança do créditos de que cuidam os artigos deste Capítulo, inscrever em Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), o nome da CONTRATANTE/USUÁRIO, até a quitação de seu débito, com o que anui a CONTRATANTE/USUÁRIO.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 73. Os valores previstos no presente contrato foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração nesses itens ensejará novos valores.

Art. 74. Nos termos da lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, levando-se em conta dois fatores: o aumento nos itens de custo representado pela elevação dos preços dos serviços prestados e o aumento na frequência de utilização desses serviços, representado pelo crescimento da quantidade de serviços prestados, a cada usuário.

§1º. A parcela de reajuste referente ao incremento nos preços dos itens de custo será calculada levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme a seguinte fórmula genérica:

1ª PARCELA REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVO PESO NO CUSTO X ÍNDICE DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS).

§2º. A parcela de reajuste referente ao aumento da frequência de utilização será calculada a partir da divisão entre a média de utilização unitária do período atual (1º ao 12º mês anterior à data do cálculo) e a do período anterior (13º ao 24º mês anterior à data do cálculo), consoante a fórmula genérica a seguir:

2ª PARCELA REAJUSTE = MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (1º ao 12º mês) / MÉDIA DE UTILIZAÇÃO UNITÁRIA (13º ao 24º mês).

§ 3º - A parcela de reajuste referente ao aumento nos preços dos itens de custo será acrescida a parcela de reajuste referente ao aumento da frequência compondo o índice de reajuste anual a ser aplicado aos preços das mensalidades.

§ 4º - Compõem as despesas médicas e hospitalares os honorários médicos sobre as consultas e outros procedimentos; as diárias e as taxas hospitalares; os materiais e os medicamentos. Compõem as despesas administrativas os salários, encargos e outras despesas.

§ 5º - O valor das mensalidades poderão também ser revistos nas hipóteses de: haver utilização comprovada acima da média normal ou acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento (ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados) que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

§ 6º - Caso a nova legislação venha a autorizar o reajuste de preços em período inferior a doze meses, esta terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 75. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajuste, nos termos do artigo anterior, a mensalidade será reajustada, provisoriamente, na periodicidade legal, pela variação do índice de preços dos serviços de saúde divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (Coluna 4A), ou, na falta desse, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 76. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos usuários, ou do módulo adicional, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato, unificando-se as respectivas datas base.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 77. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado.

Art. 78. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

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

Art. 79. A CONTRATANTE/USUÁRIO reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente de acordo com os percentuais correspondentes, a saber:

FAIXA ETÁRIA	%
Até 18 anos	0,00
19 a 23 anos	14,23
24 a 28 anos	14,68
29 a 33 anos	17,61
34 a 38 anos	2,61
39 a 43 anos	18,84
44 a 48 anos	27,34
49 a 53 anos	0,42
54 a 58 anos	6,88
59 anos e mais	122,87

Parágrafo Único: Os aumentos decorrentes da faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior e, não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo - Data Base.

Art. 80. Os usuários com idade a partir de 61 (sessenta e um) anos e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 81. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer, judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 82. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.

e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto no art. 26.

Art. 83. Antes do término do prazo mínimo fixado no Art. 4º, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 84. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura ou por conta do USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto.

Art. 85. A CONTRATANTE, quando a modalidade de pagamento for por fatura, ou o USUÁRIO TITULAR, quando a modalidade de pagamento for por boleto, reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

Art. 86. Seguro por morte acidental ou morte natural:

§1º. Aos usuários titulares inscritos, desde que em perfeito estado de saúde e com até 65 (sessenta e cinco) anos quando da inscrição, será assegurada cobertura por morte natural ou acidental, obedecendo às seguintes condições:

§2º. Pagamento em dia das mensalidades.

§3º. Carência de 06 (seis) meses contados da data da sua inscrição

§4º. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido deverão apresentar a UNIMED: a) certidão de óbito; b) certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário; c) na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com legislação pertinente.

§5º. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista no Art. 83, enquanto perdurar.

§6º. Os valores assegurado são aqueles constantes da Proposta de Admissão por morte natural e por morte acidental constante naquela proposta, segundo a variação da TR (Taxa de Referência) ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador.

§7º. O presente seguro será coberto pela UNIMED SEGURADORA S/A, com sede na cidade de São Paulo- SP, representada pela UNIMED, obedecidas às normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

CAPÍTULO II - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

Art. 87. Plano de Extensão Assistencial - PEA: PEA: É o plano de benefícios instituído em favor dos usuários dependentes para que possam gozar, sem ônus e após o óbito do usuário titular, dos serviços médico-hospitalares previstos neste contrato.

§1º. Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes inscritos terão direito aos serviços previstos no Plano que tenha adquirido enquanto vivo o titular da UNIMED Singular onde foram cadastrados, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

§2º. Os usuários dependentes incluídos no plano no ato da inscrição do usuário titular, somente terão direito ao presente benefício, após cumprido o período de carência de 06 (seis) meses da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

§3º. Os usuários dependente incluídos posteriormente a inscrição do usuário titular somente obterão direito ao presente benefício, após cumprido o período de 12 (doze) meses contados da data de sua inscrição e respectivo pagamento da 1ª (primeira) mensalidade.

Art. 88. Consideram-se dependentes, aptos a participar do PEA, conforme Artigo 22:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até completarem 24 anos;**
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, **sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe com dependência econômica comprovada na forma da **Legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social do usuário titular.**

§1º. **O direito ao PEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário falecido, nos termos da legislação civil, que será inscrito na forma do Art. 22.**

§2º. **Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido no Art. 86 o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência.**

Art. 89. Os benefícios previstos no Artigo 84 ficam condicionados à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, na forma do Art. 85.

Art. 90. **Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do inciso anterior, ficam impedidos de gozar os benefícios da Extensão Assistencial, ainda que tivessem direito aos serviços deste Contrato, quando vivo o usuário titular.**

Art. 91. O cartão de identificação do usuário titular, no caso de seu falecimento, será substituído pela identificação pessoal da Extensão Assistencial.

Art. 92. O direito pela Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no local onde residem ou onde venham a fixar residência, desde que situados na área de ação de qualquer Unimed pertencente ao Sistema Nacional Unimed.

TÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Adesão, para a devida apuração.

Art. 94. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever da CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência, quando a modalidade de pagamento for por fatura. Tal responsabilidade será direta do USUÁRIO TITULAR quando a modalidade de pagamento for boleto.

Art. 95. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 96. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 97. A inserção de mensagens no boleto de cobrança das mensalidades valerá como notificação extrajudicial da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato.

Art. 98. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 99. A CONTRATANTE, por si e pelos seus usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, **inclusive quanto aos atendimentos**, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como órgãos judiciais mediante procedimentos próprios, na forma da Lei.

Art. 100. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 101. Casos omissos, eventuais dúvidas e alterações na legislação vigente, deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 102. Fica eleito o foro da Sede da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 103. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Por estarem assim, justas e contratadas, firmam a proposta de admissão que é parte integrante deste instrumento.

CONTRATANTE

CONTRATADA

ANEXO I

Ficam **EXCLUÍDOS** da cobertura deste Contrato, os seguintes Hospitais de Tabela Própria:

- Pernambuco: Hospital Santa Joana, Hospital Albert Sabin, Memorial São José;
- Bahia: Hospital Aliança, Hospital Português, Hospital Espanhol, Hospital Santo Amaro e Hospital São Raphael, Probaby;
- Rio Grande do Sul: Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;
- São Paulo: Hospital Israelita Albert Einsten, Hospital Sírio Libanês, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração, Casa de Saúde Santa Rita, Hospital A. C. Camargo, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Cristo Rei, Hospital Family, Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Joana, Hospital Santa Paula, Hospital São Camilo, Hospital São Leopoldo, Hospital São Luiz, Casa de Saúde Santa Rita;
- Rio de Janeiro: Casa de Saúde São José, Clínica Bambina Ltda, Clínica Sorocaba S/A, Clínica Pediátrica da Barra Ltda, OH-Day Hospital S/C Ltda, Hospital Barra D'or, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda, Clínica Perinatal Laranjeiras, Casa de Saúde Santa Lucia, Hospital Amparo Feminino de 1912, Prontocor - Pronto Socorro Clínico Cardiológico, Sociedade Beneficente Israelita do Rio de Janeiro;

Esta relação estará sujeita a modificações periódicas.

CARÊNCIAS PESSOA JURÍDICA - ANEXO II

24 horas	Emergência / Urgência	✓ Acidentes Pessoais
30 dias Exames Básicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultas ✓ RX sem contraste ✓ Exames análises clínicas ✓ Exames citopatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eletrocardiograma convencional ✓ Eletroencefalograma convencional ✓ Nebulização
60 dias Exames Especializados Tipo A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RX contrastado ✓ Cardiotocografia ✓ Ecocardiograma fetal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eletrocardiograma fetal ✓ USG obstétrico ✓ Exames diagnose em obstetria
90 dias	✓ Internações Clínicas	✓ Internações Clínicas em UTI
120 dias Exames Especializados Tipo B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exames e testes alérgicos ✓ Exames e testes oftalmológicos ✓ Exames e testes otorrinolaringológicos ✓ Endoscopia diagnóstica ✓ Teste ergométrico ✓ USG (exceto obstétrica) ✓ Prova função pulmonar ✓ Ecocardiograma bidimensional colorido ou não ✓ Holter ✓ Mapa ✓ Diálise ✓ Exames anatomopatológicos ✓ Exames e testes urológicos ✓ Hemodiálise ✓ Medicina nuclear ✓ Tomografia computadorizada Densitometria óssea 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Polissonografia ✓ Biópsia ✓ Angiografia ✓ Arteriografia ✓ Laparoscopia diagnóstica ✓ Fisioterapia ✓ Mapeamento cerebral ✓ Hemoterapia ✓ Eletroneuromiografia ✓ Audiometria ✓ Potencial evocado ✓ Urodinâmica completa ✓ Vídeo diagnóstica ✓ Espirometria ✓ Exames citogenéticos ✓ Nutrição parenteral e enteral ✓ Terapias ✓ Tratamento e Cirurgias Ambulatórias
180 dias Internações / Exames Especializados Tipo C	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vídeo cirúrgica ✓ Radiologia intervencionista ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ✓ Transplantes de rins e córnea ✓ Endoscopia cirúrgica Litotripsia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressonância nuclear magnética ✓ Quimioterapia ✓ Radioterapia ✓ Laparoscopia cirúrgica ✓ Internações Cirúrgicas ✓ Internações Cirúrgicas em UTI ✓ Histeroscopia cirúrgica

300 dias	<input checked="" type="checkbox"/> Parto Cesárea <input checked="" type="checkbox"/> Parto Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Outros procedimentos cirúrgicos obstétricos
24 meses	<input checked="" type="checkbox"/> Tratamento de doenças pré-existentes com opção de cobertura parcial temporária	

**ADITIVO AO CONTRATO PARTICULAR
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E
HOSPITALARES.**

1. CAMARAS DOS DIRIGENTE LOJISTAS DE COLATINA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 27.085.182/0001-05, com sede na Travessa Rotary 10, Centro, Colatina - ES, doravante denominada como CONTRATANTE;

2. UNIMED NOROESTE CAPIXABA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 39.384.664/0001-37, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 196, Centro, Colatina-ES, neste ato representada por seu presidente ELIELSON FRANCISCO COSTA, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF (MF) sob o nº 559.327.977-20, portador da Carteira de Identidade de Médico nº 3410, doravante denominada como CONTRATADA;

De comum e pleno acordo, resolvem reajustar o valor da mensalidade, referente ao *Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares – Uniparticiplan - com Obstetrícia em apartamento e co-participação de 50%* - Pessoa Jurídica, Registrado no Ministério da Saúde nº 410.938/99-4 e Registrado na SUSEP nº 37162, firmado entre as partes, na conformidade das cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Nos termos da Art. 74 do contrato celebrado entre as partes, e levando em consideração o reajuste do IGPM, bem como a elevação de custos, representada pela elevação dos preços dos serviços prestados, e o aumento da sinistralidade, o valor da mensalidade anual, será reajustado da seguinte forma:

- 1 – IGPM – 5,13% (cinco virgula treze por cento);
2 – Sinistralidade – 14.87% (quatorze virgula oitenta e sete por cento);
Reajuste total de 20% (vinte por cento);

Segue abaixo novo valor de tabela:

Serviços	Valor (anterior)	Valor (novo)
Consulta	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Exames, Procedimentos (Ambulatoriais, Consultórios, Laboratórios ou Clínicas)	50 % da Tabela Unimed limitado a R\$ 95,00	50 % da Tabela Unimed limitado a R\$ 125,00
Internações	-	R\$ 0,00

CLÁUSULA SEGUNDA - O reajuste mencionado acima será aplicado a partir desta data.

CLÁUSULA TERCEIRA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas que integram o contrato firmado entre as partes, as quais não foram mencionadas neste aditivo.

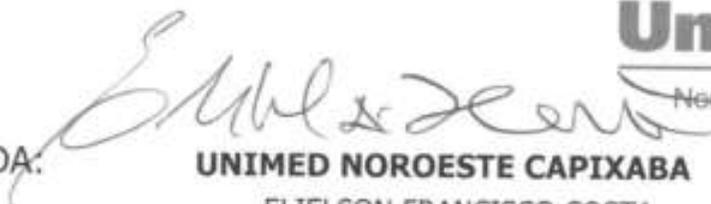
CLÁUSULA QUARTA - O reajuste pactuado neste contrato e aplicado neste contrato é referente a data base do mês de julho (07).

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas que com elas subscrevem abaixo, para que produza todos os seus efeitos de direito.

COLATINA-ES, 10 DE AGOSTO DE 2.012.

CONTRATANTE:  **CAMARAS DOS DIRIGENTES LOJISTAS DE COLATINA**
CNPJ 27.085.182/0001-05

CONTRATADA:



UNIMED NOROESTE CAPIXABA

ELIELSON FRANCISCO COSTA

DIRETOR PRESIDENTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

2. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

**ADITIVO AO CONTRATO PARTICULAR
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E
HOSPITALARES.**

1. CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS COLATINA, pessoa jurídica privado de direito, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 27.085.182/0001-05, com sede no Av. Getulio Vargas nº 500 Sl 10 e 11 Colatina Shopping, Bairro: Centro, Colatina – ES Cep 29700-901, neste ato representada por seu sócio, doravante denominada como CONTRATANTE;

2. UNIMED NOROESTE CAPIXABA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 39.384.664/0001-37, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 196, Centro, Colatina-ES, neste ato representada por seu presidente JOÃO CARLOS NEVES ALVES, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF (MF) sob o nº 039.935.581-20, portador da Carteira de Identidade de Médico nº 1303, doravante denominada como CONTRATADA;

De comum e pleno acordo, resolvem reajustar o valor da mensalidade, referente ao *Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares – UNIParticiplan* com Obstetrícia, apartamento com co-participação de 50% - Pessoa Jurídica, Registrado no Ministério da Saúde nº 410.938/99-4 e Registrado na SUSEP nº 37162-9, firmado entre as partes, na conformidade das cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Nos termos da Cláusula XI do contrato celebrado entre as partes, e levando em consideração a elevação de custos, representada pela elevação dos preços dos serviços prestados, o valor da mensalidade anual, será reajustado em 15% (quinze por cento por cento).

CLÁUSULA SEGUNDA - O reajuste mencionado acima será aplicado a partir desta data.



CLÁUSULA TERCEIRA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas que integram o contrato firmado entre as partes, as quais não foram mencionadas neste aditivo.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas que com elas subscrevem abaixo, para que produza todos os seus efeitos de direito.

COLATINA-ES, 01 DE JULHO DE 2.013.

CONTRATANTE: CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS COLATINA
CNPJ (MF) sob o nº 27.085.182/0001-05

CONTRATADA:

UNIMED NOROESTE CAPIXABA

JOÃO CARLOS NEVES ALVES

DIRETOR PRESIDENTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

2. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

**ADITIVO AO CONTRATO PARTICULAR
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E
HOSPITALARES.**

1. CAMARAS DOS DIRIGENTE LOJISTAS DE COLATINA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 27.085.182/0001-05, com sede na Travessa Rotary 10, Centro, Colatina - ES, doravante denominada como CONTRATANTE;

2. UNIMED NOROESTE CAPIXABA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 39.384.664/0001-37, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 196, Centro, Colatina-ES, neste ato representada por seu presidente ELIELSON FRANCISCO COSTA, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF (MF) sob o nº 559.327.977-20, portador da Carteira de Identidade de Médico nº 3410, doravante denominada como CONTRATADA;

De comum e pleno acordo, resolvem reajustar o valor da mensalidade, referente ao *Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares – Uniparticiplan - com Obstetrícia em enfermaria e co-participação de 50%* - Pessoa Jurídica, Registrado no Ministério da Saúde nº 410.937/99-6 e Registrado na SUSEP nº 37162, firmado entre as partes, na conformidade das cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Nos termos da Art. 74 do contrato celebrado entre as partes, e levando em consideração o reajuste do IGPM, bem como a elevação de custos, representada pela elevação dos preços dos serviços prestados, e o aumento da sinistralidade, o valor da mensalidade anual, será reajustado da seguinte forma:

- 1 – IGPM – 5,13% (cinco virgula treze por cento);
2 – Sinistralidade – 14.87% (quatorze virgula oitenta e sete por cento);
Reajuste total de 20% (vinte por cento);

Segue abaixo novo valor de tabela:

Serviços	Valor (anterior)	Valor (novo)
Consulta	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Exames, Procedimentos (Ambulatoriais, Consultórios, Laboratórios ou Clínicas)	50 % da Tabela Unimed limitado a R\$ 95,00	50 % da Tabela Unimed limitado a R\$ 125,00
Internações	-	R\$ 0,00

CLÁUSULA SEGUNDA - O reajuste mencionado acima será aplicado a partir desta data.

CLÁUSULA TERCEIRA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas que integram o contrato firmado entre as partes, as quais não foram mencionadas neste aditivo.

CLÁUSULA QUARTA - O reajuste pactuado neste contrato e aplicado neste contrato é referente a data base do mês de julho (07).

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas que com elas subscrevem abaixo, para que produza todos os seus efeitos de direito.

COLATINA-ES, 10 DE AGOSTO DE 2.012.


CONTRATANTE: **CAMARAS DOS DIRIGENTES LOJISTAS DE COLATINA**
CNPJ 27.085.182/0001-05

CONTRATADA:

Elilson Francisco Costa

UNIMED NOROESTE CAPIXABA

ELIELSON FRANCISCO COSTA

DIRETOR PRESIDENTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

2. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

**ADITIVO AO CONTRATO PARTICULAR
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E
HOSPITALARES.**

1. CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS COLATINA, pessoa jurídica privado de direito, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 27.085.182/0001-05, com sede no Av. Getulio Vargas nº 500 SI 10 e 11 Colatina Shopping, Bairro: Centro, Colatina – ES Cep 29700-901, neste ato representada por seu sócio, doravante denominada como CONTRATANTE;

2. UNIMED NOROESTE CAPIXABA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 39.384.664/0001-37, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 196, Centro, Colatina-ES, neste ato representada por seu presidente JOÃO CARLOS NEVES ALVES, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF (MF) sob o nº 039.935.581-20, portador da Carteira de Identidade de Médico nº 1303, doravante denominada como CONTRATADA;

De comum e pleno acordo, resolvem reajustar o valor da mensalidade, referente ao *Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares – UNIParticiplan* com Obstetrícia, enfermagem com co-participação de 50% - Pessoa Jurídica, Registrado no Ministério da Saúde nº 410.937/99-6 e Registrado na SUSEP nº 37162-9, firmado entre as partes, na conformidade das cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Nos termos da Cláusula XI do contrato celebrado entre as partes, e levando em consideração a elevação de custos, representada pela elevação dos preços dos serviços prestados, o valor da mensalidade anual, será reajustado em 15% (quinze por cento por cento).

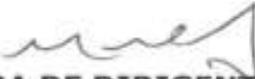
CLÁUSULA SEGUNDA - O reajuste mencionado acima será aplicado a partir desta data.



CLÁUSULA TERCEIRA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas que integram o contrato firmado entre as partes, as quais não foram mencionadas neste aditivo.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas que com elas subscrevem abaixo, para que produza todos os seus efeitos de direito.

COLATINA-ES, 01 DE JULHO DE 2.013.


CONTRATANTE: CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS COLATINA
CNPJ (MF) sob o nº 27.085.182/0001-05


CONTRATADA: **UNIMED NOROESTE CAPIXABA**
JOÃO CARLOS NEVES ALVES
DIRETOR PRESIDENTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____

2. NOME: _____

CPF(MF): _____

ENDEREÇO: _____