

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE

Contrato de Prestação de Serviços de oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**,

Razão Social: _____

Nome Fantasia, se houver: _____

CNPJ: _____ Endereço: _____

_____, de outro como **CONTRATADA** Razão Social: **Unimed Caruaru Cooperativa de Trabalho Médico**, Nome Fantasia: **Unimed Caruaru**, CNPJ: 24.449.225/0001-98, Registro da Operadora na ANS: 34.095-2, Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica, com estabelecimento na Rua Pascoal Leme, 157, Maurício de Nassau, Caruaru/PE, CEP: 55.014-476, têm entre si, justos e Contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CARACTERÍSTICAS GERAIS
Nome Comercial: Uninter Plus Empresarial
Nº de Registro do Plano na ANS: 463.341/10-5
Tipo de Contratação: Coletivo empresarial
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Fator moderador: Não possui.
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios
Área de Atuação do Plano de Saúde: Campina Grande/PB, João Pessoa/PB, Patos/PB, Arcoverde/PE, Belo Jardim/PE, Bezerros/PE, Caruaru/PE, Garanhuns/PE, Gravatá/PE, Jaboatão dos Guararapes/PE, Olinda/PE, Petrolina/PE, Recife/PE, Santa Cruz do Capibaribe/PE e Maceió/AL.
Padrão de Acomodação em Internação: Individual
Vínculo: Exclusivamente ativo
Formação do Preço: Pré-Estabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui.

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;
- b) .

2.1.2 Na Qualidade de **Usuários Dependentes**:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro(a), **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge**;
- c) Pessoa do mesmo sexo, **maior de idade, com quem forme união civil homoafetiva, registrada em cartório, sem eventual concorrência com cônjuge ou companheiro(a)**;
- d) Os filhos, adotivos ou não, **solteiros até 18 anos incompletos**;
- e) Os filhos, adotivos ou não, **solteiros com idade superior a 18 anos até 24 anos incompletos, desde que comprovadamente estudantes universitários, considerando para tal os regularmente matriculados e que estejam frequentando instituição de ensino superior**;
- f) O menor **que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Usuário Titular ou sob sua tutela**;
- g) Os filhos, adotivos ou não, **comprovadamente inválidos**;

2.2 A adesão dos **Usuários Dependentes** fica condicionada à participação do Titular.

2.3 A inclusão do Usuário Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão.

2.4 As novas inclusões e/ou exclusões de Usuários deverão ser **solicitadas** pela **CONTRATANTE**, em formulário próprio, e ser **entregue** à **CONTRATADA** em até **20 (vinte) dias antes do vencimento de cada fatura mensal**, tendo os Usuários inscritos direito aos serviços contratados a partir de vinte e quatro horas após o pagamento da fatura mensal pelo **CONTRATANTE**, observando as carências devidas, sendo que a movimentação cadastral

relativa às exclusões será realizada até vinte quatro horas antes do vencimento do mês solicitado.

2.5 Ficará a cargo do Usuário Titular, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação, que inclui filiação, número de inscrição no CPF e RG. **Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pelo Usuário Titular.**

2.6 A CONTRATADA exigirá cópias de documentos que comprovem o vínculo do Usuário Titular com a CONTRATANTE, bem como das informações pessoais do Usuário Titular (CPF, RG, comprovante de residência), além das condições do vínculo de dependência do(s) Usuário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

2.7 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será _____ (_____).

2.8 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período de 30 (trinta) dias, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.9 Na hipótese de ser aplicável a Cobertura Parcial Temporária, conforme definido neste instrumento, no ato da contratação e das inclusões posteriores, o Usuário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões pré-existentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Usuário.

2.10 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

2.10.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.11 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Pré-existentes.

2.12 O CONTRATANTE é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Usuários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços da **CONTRATADA**, seja própria, contratada, credenciada ou referenciada, conforme definido neste instrumento, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para o segmento ambulatorial;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e**

observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente**;

- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
 - h.1) Adjuvantes** são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- j) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Hemoterapia ambulatorial;
- l) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases

medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- e) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- g) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- h) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - h.1)** Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - h.2)** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA.**
 - h.3)** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA.**
- i) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- j) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
 - j.1)** O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 - ii. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de**

imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

- k) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - iii. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - iv. Hemoterapia;
 - v. Nutrição parenteral ou enteral;
 - vi. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - vii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - viii. Radiologia intervencionista;
 - ix. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - x. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- l) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- m) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**;
 - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- n.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

- ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
 - p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendido pelas 48 horas após o parto ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente), **salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.**
 - q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 dias para internação.**

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;
 - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Usuário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Além da coparticipação regular, prevista neste Contrato para qualquer internação, haverá coparticipação de 20% (vinte por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.**

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, **caso haja indicação clínica**;
- c) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- d) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) **Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;**
- b) **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);**
- c) **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- d) **Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- e) **Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- f) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- g) **Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

- h) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;**
- i) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;**
- j) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;**
- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- o) Aplicação de vacinas preventivas;**
- p) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- q) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- r) Aparelhos ortopédicos;**
- s) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- t) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não pertencentes à rede prestadora do plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não pertencentes à rede prestadora do plano contratado e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;**
- u) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Usuário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;**
- v) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;**

- w) **Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- x) **Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- y) **Cirurgia para mudança de sexo;**
- z) **Avaliação pedagógica;**
- aa) **Orientações vocacionais;**
- bb) **Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- cc) **Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
- dd) **Remoção domiciliar;**
- ee) **Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- ff) **Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- gg) **Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data de assinatura deste Contrato, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento.

5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Usuário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Usuário dos serviços previstos neste instrumento será garantido **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura:	Carência registrada na ANS:
Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames simples de diagnóstico e terapia;	45 (quarenta e cinco) dias
Exames especiais de diagnósticos e terapia; Cirurgias; Internações clínicas e/ou cirúrgicas; Diálise; Hemodiálise; Quimioterapia e Radioterapia.	180 (Cento e Oitenta) dias
Terapia e tratamentos de fisioterapia; nutrição; fonoaudiologia; e psicoterapia.	180 (Cento e Oitenta) dias

Parto a termo;	300 (Trezentos) dias
Demais casos.	180 (Cento e Oitenta) dias

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão, processada nos termos previsto na Cláusula Condições de Admissão.**

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Usuários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, **desde que o Usuário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

6.4 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Usuários para um número inferior a 30 (trinta) Usuários.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Usuário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Usuário.

7.4 O Usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o Usuário.

7.5 Caso o Usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

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

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

7.10 A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11 As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela **CONTRATADA** por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **CONTRATADA** para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **CONTRATADA**, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13 Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14 Identificado indício de fraude por parte do Usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Usuário através de Termo de Comunicação ao Usuário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Usuário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

7.14.2 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Usuário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

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

7.14.4 Se solicitado pela ANS, o Usuário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Usuário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.14.6 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.14.7 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Usuários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Pré-existentes para os Usuários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

7.14.8 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Pré-existentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Usuários para um número inferior a 30 (trinta).

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, **depois de decorridas 24 horas de vigência do Contrato.**

8.4 Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5 Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

8.6 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.7 Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.8 Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), na forma da lei, e conforme regras previstas a seguir.

8.9 Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

8.10 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Usuário estar cumprindo período de carência para internação.

8.10.1 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

8.10.2 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) **quando não possa haver remoção por risco de morte, o Usuário e o prestador o atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;**
- b) **caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**
- c) **na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;**
- d) **quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade**

médica e do ônus financeiro da remoção.

8.11 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Usuário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**

8.11.1 O Usuário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.11.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, e, quando for o caso, o período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA;
- e) Cópias de RG, CPF, Comprovante de residência e dados de conta bancária (caso opte por crédito em conta).

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

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 A CONTRATADA fornecerá aos Usuários o Cartão Individual de Identificação, 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 aos Usuários.

9.2 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,

diante da comprovação da ilicitude, 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 instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá a **CONTRATANTE** assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual uso indevido dos serviços.

9.3 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.

9.3.1 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.

9.4 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, a **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **CONTRATADA**, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **CONTRATADA**.

9.4.1 Quando do envio da segunda via do Cartão Individual de Identificação, será cobrada uma taxa referente a essa emissão.

9.5 Somente terão direito aos serviços ora contratados os Usuários regularmente inscritos.

9.6 Os serviços previstos neste Contrato poderão ser prestados por todas as Unimeds localizadas na área de abrangência geográfica do plano ora contratado, pelo Sistema Unimed.

9.7 Será fornecido ao Usuário Titular o Guia de Serviços de Saúde (Guia Médico), contendo a relação de médicos cooperados e prestadores credenciados pela **CONTRATADA**, bem como a relação das Unimeds localizadas na área de abrangência geográfica do plano ora contratado, que igualmente poderá ser consultado por meio de acesso ao sítio da Unimed na Internet: www.unimed.com.br.

9.8 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

9.9 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Usuário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

9.9.1 Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum Usuário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

9.10 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.11 A CONTRATADA assegurará aos Usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, conforme especificado a seguir:

- a) **CONSULTAS:** os Usuários serão atendidos no consultório médico escolhido, dentre os médicos cooperados pertencentes a rede credenciada do plano de saúde, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- b) **ATENDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados do plano de saúde, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- c) **EXAMES COMPLEMENTARES E SERVIÇOS AUXILIARES:** serão prestados através da rede credenciada do plano de saúde, mediante solicitação do médico assistente, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

9.12 O Usuário deverá requerer, à CONTRATADA, seja emitida autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato, à exceção de consultas médicas e procedimentos de urgência e emergência, nos termos deste contrato.

9.13 A autorização prévia deverá ser obtida na sede da CONTRATADA. No caso dos atendimentos de urgência ou de emergência ocorridos fora da área da abrangência descrita neste Contrato, pelo Sistema Unimed, a cooperativa local será a responsável pelo contato com a CONTRATADA para tomada das providências cabíveis.

9.14 Para internações eletivas, o Usuário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a Unimed emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

9.15 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o Usuário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

9.16 As internações hospitalares ocorrerão no padrão de acomodação contratado.

9.16.1 Na hipótese de o Usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

9.16.2 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, na acomodação em que o Usuário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

9.17 Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **CONTRATADA** garantirá, ao Usuário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.18 Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Usuário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**. **O Usuário arcará com os honorários do médico que designar caso ele não pertença à rede da CONTRATADA.**

9.19 Nos casos de urgência ou emergência, o Usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.20 A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, bem como por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Usuário com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Usuário.

9.21 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no Guia de Serviços de Saúde (Guia Médico), ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Usuário

inscrito, definidas em função do número de Usuários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por beneficiário ou por grupo familiar).

10.3 Não haverá distinção, quanto ao valor da mensalidade, entre os Usuários que vierem a ser inscritos no contrato e aqueles já vinculados.

10.4 Para cobrança do valor de mensalidade e eventuais valores de coparticipação, devidos em função da realização de internação psiquiátrica, nos termos deste Contrato, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês pactuado na Proposta de Admissão, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4.1 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, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Usuários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprover, mediante comunicação prévia.

10.7 Se a CONTRATANTE não receber documento que os possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via diretamente na sede CONTRATADA ou através do endereço eletrônico, na internet <<http://www.unimedcaruaru.com.br>>, da Unimed Caruaru – Cooperativa de Trabalho Médico.

10.8 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.9 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.10 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.11 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.12 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de inscrição, no valor estabelecido na Proposta de Admissão. A taxa de inscrição também será cobrada das novas adesões.

10.13 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da CONTRATANTE, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.14 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.15 Do pagamento do Usuário

10.15.1 A CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.15.2 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:

- a) Não haverá subsídio do custo por beneficiário, apresentado na tabela de custo por faixa etária, apenas em relação aos beneficiários titulares com vínculo ativo;**
- b) Não haverá subsídio da contratante para os beneficiários dependentes mantidos neste plano.**

10.15.3 A CONTRATANTE e o Usuário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Usuário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.15.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Usuário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.15.5 Após a quitação do débito do Usuário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30(trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 Os valores relativos à taxa de inscrição serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

11.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados

11.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu site, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro) = deverá refletir a reposição financeira para o período, e corresponderá à variação positiva acumulada do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, no período, apurado com retroatividade de 02 (dois) meses, ou outro índice que reflita a realidade do mercado, conforme acordo entre as partes.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade de 65% (sessenta e cinco por cento)

11.10.2 Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no site da **CONTRATADA** até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

11.10.3 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA** optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela **CONTRATADA** é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.

11.10.4 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

11.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro) = deverá refletir a reposição financeira para o período, e corresponderá à variação positiva acumulada do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado),

divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, no período, apurado com retroatividade de 02 (dois) meses, ou outro índice que reflita a realidade do mercado, conforme acordo entre as partes.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 65% (sessenta e cinco por cento)

11.11.2 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

11.11.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

11.11.4 Não havendo acordo entre as partes quanto aos percentuais de reajuste, a **CONTRATADA** terá o direito de rescindir o presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Usuário inscrito, de acordo com as faixas etárias previstas na Proposta de Admissão e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo:

Faixas Etárias:

Percentuais de Reajustes:

a) 0 a 18 anos de idade	-----
b) 19 a 23 anos de idade	17,00 %
c) 24a 28 anos de idade	20,00 %
d) 29 a 33 anos de idade	19,40 %
e) 34 a 38 anos de idade	20,50 %
f) 39 a 43 anos de idade	18,00 %
g) 44 a 48 anos de idade	10,00 %
h) 49 a 53 anos de idade	23,00 %
i) 54 a 58 anos de idade	27,54 %
j) 59 anos e acima	44,00 %

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria, serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, apresentada em anexo a este instrumento, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

12.3 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Usuário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.5 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.6 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Usuário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DO DEMITIDO

13.1.1 A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998).**

13.1.1.1 O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

13.1.1.2 O período de manutenção da condição de Beneficiário 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.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

13.2.1.3 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de Beneficiários Titulares Ativos, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado em outro plano privado de assistência à saúde da CONTRATADA destinado exclusivamente aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, **desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar **inscrito quando da vigência do contrato de trabalho**, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.3.4 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A **admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à operadora ou à contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) **O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;**
- b) **O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

13.3.7 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Usuários, inclusive nas seguintes situações:

- a) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- b) perda da qualidade de Dependente, no caso do Usuário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- c) inadimplência do Usuário, desde o primeiro dia do inadimplemento, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição;

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da

Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

14.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Usuários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Usuário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

14.5 O Usuário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Usuário Titular, que se dará até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.6 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Usuário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.7 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.8 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.9 O Usuário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a **CONTRATADA** possuir planos individuais/familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE.**
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;**
- e) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.**

15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média *per capita* das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

15.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

15.4 Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 3 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Usuário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Usuários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Usuário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.9 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

15.10 É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.11 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

- c) **AGRAVO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Usuário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Usuário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Usuário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Usuários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Usuários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

- m) EXAME:** É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário. Os exames podem assim ser classificados: A) EXAMES SIMPLES de diagnóstico e terapia: 1) Ácido Úrico; 2) Colesterol total; 3) Glicose; 4) Triglicérides; 5) Eritrograma; 6) Hemograma completo; 7) Leucograma; 8) Beta HCG; 9) Rotina de urina; B) EXAMES ESPECIAIS de diagnóstico e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste; 6) angiografia; 7) angioplastia; 8) arteriografia; 9) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 10) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido; 11) eletrocardiografia dinâmica (Holter); 12) endoscopia diagnóstica e cirúrgica; 13) ultra-sonografia; 14) tomografia computadorizada; 15) ressonância nuclear magnética; 16) medicina nuclear; 17) densitometria óssea; 18) laparoscopia diagnóstica; 19) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 20) litotripsia; 21) radiologia com contraste e intervencionista; 22) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada; 23) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 24) oxigenoterapia hiperbarica; 25) tratamento esclerosante de varizes; 26) exames e testes alergológicos; 27) exames e testes oftalmológicos; 28) exames e testes otorrinolaringológicos; 29) eletromiografia; 30) eletroneuromiografia; 31) prova de função pulmonar; 32) inaloterapia; 33) teste ergométrico, dentre outros definidos pelo Ministério da Saúde e/ou pela AMB – Associação Médica Brasileira;
- n) HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- o) INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Usuário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- p) MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Usuário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.4 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTES.

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

16.6 O Usuário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.7 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Usuário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Admissão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso, Guia de Serviços de Saúde e o Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Caruaru, _____ de _____ de _____.

UNIMED CARUARU
CONTRATADA

CONTRATANTE

Testemunhas:

Nome: _____

Nome: _____

Ass: _____

Ass: _____

CPF: _____

CPF: _____