



## **Novo UNIPLAN - INDIVIDUAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Hospitalares  
e Médicos de Diagnóstico e Terapia**

**REGISTRO PROVISÓRIO NA SUSEP – Nº 30.397**

**ESTE CONTRATO E SEUS MÓDULOS ENCONTRA-SE REGISTRADO SOB O NÚMERO DE ORDEM 84.992 DO LIVRO B, NÚMERO 05 DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DO PRIMEIRO OFÍCIO DE BELÉM DO PARÁ, EM 08 DE FEVEREIRO DE 1999.**

### **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 estabelece a Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 e sua regulamentação, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento e de acordo com o estipulado no tipo de plano escolhido.

Parágrafo único. É facultada a contratação de Módulos Opcionais, sendo obrigatória a opção pela contratação de cada um deles na Proposta de Admissão.

Art. 2º. Fazem parte deste contrato, a Proposta de Admissão de mesmo número, a Tabela UNIMED de Preços, Tabela UNIMED de Agravo e CPT, o Guia de Serviços de Saúde, recibos de pagamento, os Módulos Opcionais contratados, bem como todas as ampliações de natureza contratual.

Art. 3º. Este contrato terá o início de vigência e a duração mínima previstos na Proposta de Admissão, prorrogando-se automaticamente, por tempo indeterminado.

### **TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES**

Art. 4º. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - CONTRATANTE: é a pessoa física (qualificada na Proposta de Admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si, seus dependentes ou agregados.

II - CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, 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, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados, conforme definido no Título V.

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

Art. 5º. 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 - AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

- III - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
- IV - BENEFICIÁRIO: é aquele que é favorecido pelo benefício.
- V - BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.
- VI - 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.
- VII - 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.
- VIII - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, código de inscrição na cooperativa contratada, plano contratado.).
- IX - CERTIFICADO CONTRATUAL: é o documento que, comprova a contratação e a aceitação do usuário 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, que o usuário tem direito.
- XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): 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.
- XVII - CONTRATO INDIVIDUAL: é aquele oferecido para livre adesão de usuários, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.
- XVIII - CONTRATO FAMILIAR: é aquele em que é facultado ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.
- XIX - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
- XX - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XXI - 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.
- XXII - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

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

XXIV - 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.

XXV - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário. São considerados **EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO**: a) análises clínicas e radioimunoensaio; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) exames radiológicos **simples sem contraste**; f) exames e testes alergológicos; g) exames e testes oftalmológicos; h) exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto** a videolaringoscopia; i) colposcopia e colpocitologia. São considerados **EXAMES ESPECIAIS DE DIAGNÓSTICO**: a) angiografia; b) arteriografia; c) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; d) ultra-sonografia; e) tomografia computadorizada; f) ressonância nuclear magnética; g) medicina nuclear; h) densitometria óssea; i) laparoscopia diagnóstica; j) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; k) eletrocardiografia dinâmica (holter); l) monitorização ambulatorial de pressão arterial; m) radiologia com contraste e radiologia intervencionista; n) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada; o) videolaparoscopia diagnóstica; p) exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica, realizados em regime ambulatorial; q) exames de neurofisiologia; r) prova de função pulmonar; s) teste ergométrico.

XXVI - FRANQUIA: é o valor estabelecido no contrato de plano de assistência a saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Os valores das franquias são calculados através da multiplicação do número de Unidades de Franquia expresso no contrato para cada grupo de serviços, pelo valor da Unidade UNIMED de Franquia, constante da Tabela UNIMED de Preços.

XXVII - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

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

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

XXX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, para ser submetido a algum tipo de tratamento, por mais de doze horas.

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

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

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

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

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

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

XXXVII - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS: são aqueles executados no âmbito ambulatorial, com o intuito de aliviar ou curar doenças. São considerados **PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS BÁSICOS**: a) procedimentos terapêuticos ambulatoriais não cirúrgicos em oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia, **exceto litotripsias**; b) procedimentos terapêuticos ambulatoriais em dermatologia, cirurgia plástica, ortopedia e traumatologia; c) inaloterapia; d) oxigenoterapia hiperbárica; e) tratamento esclerosante de varizes. São considerados **PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS ESPECIAIS**: a) hemodiálise e diálise peritoneal; b) quimioterapia ambulatorial; c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

d) hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias ambulatoriais oftalmológicas, otorrinolaringológicas e urológicas; f) litotripsias; g) procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos.

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 - 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.

XLII - 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.

XLIII - UNIMED: é uma sociedade cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

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

Art. 6º. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

### **TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO**

Art. 7º. O presente contrato se caracteriza pela contratação individual, por livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

Parágrafo único. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é denominado contrato familiar.

Art. 8º. O Contratante indicará, na Proposta de Admissão, o Plano e os Módulos Opcionais de sua escolha, de acordo com as alternativas discriminadas na Tabela UNIMED de Preços.

Parágrafo único. No caso das doenças especificadas na Tabela Unimed de Agravo e CPT ou de doenças ou lesões preexistentes, o CONTRATANTE indicará, na Proposta de Admissão, a sua opção para o cumprimento de Agravo ou de Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme a Tabela UNIMED de Agravo e CPT, vigente à época da contratação..

### **TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

#### **CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 9º. Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria ou por ela contratada, 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, constante da relação entregue ao CONTRATANTE.

Parágrafo único. Embora façam parte da rede contratada, os hospitais de tabela própria, conforme disposto no módulo específico, não estão incluídos na cobertura deste contrato, sendo necessária a contratação de seu opcional.

#### **CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO**

Art. 10. Os serviços previstos neste contrato serão prestados, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas, aos usuários regularmente incluídos através da Proposta de Admissão e **aceitos pela CONTRATADA**.

Parágrafo único. Contratada a ampliação da cobertura através dos Módulos Opcionais, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

### **CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO**

Art. 11. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Art. 12. 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 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.

Art. 13. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o Guia de Serviços de Saúde, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, 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.

Art. 14. **A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.**

### **CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO**

Art. 15. 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 não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados** pelo Sistema Nacional UNIMED.

Art. 16. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA, para procedimentos idênticos ou similares, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) requerimento de solicitação de reembolso;
- 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 e das respectivas notas fiscais.
- f) Qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pela UNIMED.

§1º. Os documentos de que trata este artigo, deverão ser entregues à UNIMED, no prazo máximo de até **30 (trinta) dias corridos**, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar.

§2º. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam cálculo correto do ressarcimento, a UNIMED poderá solicitar do beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias corridos a partir da entrega.

Art. 17. **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. 18. Os valores aprovados para ressarcimento serão pagos ao CONTRATANTE ou ao seu representante legal, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

## TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

### CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 19. Para efeito deste contrato, o CONTRATANTE é o usuário titular ou quem o CONTRATANTE indicar.

### CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 20. São usuários dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até 24 anos incompletos**;
- 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, a mãe, o sogro ou a sogra.

### CAPÍTULO III - DOS AGREGADOS

Art. 21. A critério da CONTRATADA, poderão ser admitidas outras pessoas indicadas pelo contratante ou usuário titular, na qualidade de usuários **agregados**, para **apenas utilizarem a assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento, excluídos os benefícios do Título XVIII.**

### CAPÍTULO IV - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 22. A inclusão do Titular e respectivos dependentes e agregados será processada através da Proposta de Admissão que, aceita pela CONTRATADA, integrará este contrato para todos os fins de direito.

Art. 23. 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 do CONTRATANTE.

Art. 24. 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) **esteja previsto no plano o atendimento obstétrico, cujas carências 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 corridos a contar do evento.

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 I do Título XVIII, **os novos usuários cumprirão os períodos de carência indicados na Proposta de Admissão.**

Art. 25. **O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.**

Parágrafo único. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, **em até 30 (trinta) dias corridos a contar da data da perda do direito como usuário dependente**, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

## **TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**

Art. 26. 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 e o recibo de pagamento das mensalidades em dia, na forma da lei, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários, bem como medidas de Auditoria, Perícia e Aprimoramento visando a perfeita execução dos serviços ora contratados.

**Parágrafo único. A CONTRATADA cobrará pelo fornecimento do Cartão Individual de Identificação.**

Art. 27. É obrigação do 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 conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.**

Art. 28. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

## **TÍTULO VII - DO PLANO**

Art. 29. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura básica prevista neste Título, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados, nos termos deste contrato.

Parágrafo único. É facultada a opção pelas coberturas de Módulos Opcionais, sujeitando-se, no entanto, às respectivas condições específicas de cada um deles.

### **CAPÍTULO I – DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL**

#### **SEÇÃO I - DA COBERTURA**

Art. 30. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos na Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 e sua regulamentação, 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 Procedimentos Terapêuticos Ambulatoriais Especiais.

## SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 31. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.

Art. 32. 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 que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

IV - quimioterapia que demande internação;

V - 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. 33. 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 SEM OBSTETRÍCIA

### SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 34. **Durante a internação** clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, **exceto as internações obstétricas que devem ser contratadas em Módulo Opcional**, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - cobertura de internação hospitalar, **em quarto coletivo/padrão enfermaria**, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado;

II - cobertura de 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 - cobertura de assistência médica através de médicos cooperados;

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

V - uso de sala de cirurgia;



- 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 se referir ao processo gestacional, **não coberto por esta segmentação**, em urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto no segmento ambulatorial (Capítulo I deste Título);
- b) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada no segmento ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;
- c) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas**.

Art. 35. Estão incluídos na cobertura, os seguintes procedimentos, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada na internação.

- a. hemodiálise e diálise peritoneal;
- 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;
- j. fisioterapia.

Art. 36. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 37. 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. 38. 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 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. 39. 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, **isento de Franquia pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.** Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas ao pagamento obrigatório correspondente a 100 (cem) Unidades UNIMED de Franquia, por dia.

Parágrafo único. Quando o CONTRATANTE fizer opção pela franquia nas despesas para custeio das internações referentes às demais especialidades médicas, **não haverá a isenção a que se refere o caput.**

Art. 40. 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 de hospitalização.

§1º. As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão **isentas de franquia** pelo prazo máximo de **15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos.** Após esse prazo, haverá o pagamento obrigatório correspondente a 100 (cem) Unidades UNIMED de Franquia por dia.

§2º. Quando o CONTRATANTE fizer opção de franquia nas despesas para custeio das internações referentes às demais especialidades médicas, **não haverá a isenção a que se refere o caput.**

Art. 41. 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. 42. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também não inclui:

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

## SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 43. 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. 44. 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. 45. 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. 46. O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 47. 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. 48. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 49. **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. 50. **A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.**

Art. 51. 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. 52. 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 - vacinas; medicamentos importados, exceto aqueles cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;

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

X - *check-up*, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, 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 - implantes e 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, casos sociais e clínicas de idosos.

XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada.

## TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 53. O período de carência para cada Grupo de Serviço, obedecerá a seguinte ordem:

Grupos de Serviços	Urgência	Eletivo
Consultas em consultório	180 dias	180 dias
Atendimento de urgência em pronto-socorro	24 horas	****
Exames básicos de diagnóstico	180 dias	180 dias
Exames especiais de diagnóstico	180 dias	180 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	180 dias	180 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	180 dias	180 dias
Internações Hospitalares	24 horas	180 dias

Parágrafo único. A cobertura para as doenças especificadas na Tabela Unimed de Agravo e CPT, referente a eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade ficará subordinada à Cobertura Parcial Temporária ou ao Agravo de acordo com a escolha do CONTRATANTE na Proposta de Admissão.

## TÍTULO IX - MÓDULO OPCIONAL – INTERNAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO

Art. 54. Este módulo é complementar à cobertura definida no Capítulo II do Título VII, e sua contratação e valor estarão expressos na Proposta de Admissão sendo nesse caso acrescido do direito à internação em quarto privativo com banheiro, e direito a acompanhante, de acordo com a disponibilidade do hospital.

Art. 55. O direito à ampliação, ora contratada, será conferido aos usuários após o cumprimento das seguintes carências, quando for o caso, não cumulativas ao contrato, contadas da data da vigência do respectivo Módulo:

§1º. sendo este Módulo contratado até trinta dias contados da assinatura deste contrato ou do implemento da condição que permita a inscrição do usuário no plano, a utilização obedecerá a carência prevista neste contrato para a cobertura do respectivo procedimento.

§2º. sendo este Módulo contratado após o prazo a que se refere o parágrafo anterior, o usuário deverá cumprir os seguintes períodos de carência:

- a) 300 dias: partos, desde que contratada a cobertura obstétrica; e
- b) 180 dias: quaisquer outras internações.

Art. 56. É responsabilidade do CONTRATANTE, o pagamento de despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato.

Art. 57. Fica estabelecido que o CONTRATANTE não poderá renunciar à ampliação ora contratada e manter as demais coberturas, pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data da inscrição do usuário neste Módulo.

Art. 58. Por consequência da contratação deste Módulo, fica alterado o preço pactuado, que é acrescido da quantia descrita na Proposta de Admissão, por usuário inscrito.

Parágrafo único. Os valores referentes a este módulo, são calculados em função das mesmas faixas etárias descritas no Capítulo II do Título XVI e adotam o mesmo critério de variação e reajuste.

Art. 59. Embora façam parte da rede contratada, os hospitais de tabela própria, conforme disposto no módulo específico, não estão incluídos na cobertura deste contrato, sendo necessária a contratação de seu opcional.

Art. 60. Permanecem em plena vigência as Cláusulas do contrato não alteradas por este Módulo.

## **TÍTULO X - MÓDULO OPCIONAL – ATENDIMENTO OBSTÉTRICO**

Art. 61. Este módulo é complementar à cobertura definida no Capítulo II do Título VII, e sua contratação e valor estarão expressos na Proposta de Admissão sendo nesse caso acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, **esta após o cumprimento do período de Carência de 300 dias**.

§1º. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este módulo, 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).

§2º. Os valores referentes a este módulo, são calculados em função das mesmas faixas etárias descritas no Capítulo II do Título XVI e adotam o mesmo critério de variação e reajuste, exceto para os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária, que se farão com os seguintes percentuais, que serão acrescidos sobre o último valor da parcela correspondente a este Módulo Opcional:

- a) Ao completar 18 anos, acréscimo de 60% ( sessenta por cento);
- b) Ao completar 30 anos, acréscimo de 38% ( trinta e oito por cento);
- c) Ao completar 40 anos, acréscimo de 0% ( zero por cento);
- d) Ao completar 50 anos, acréscimo de 0% ( zero por cento);
- e) Ao completar 60 anos, dedução de 100% ( cem por cento) do valor correspondente ao módulo;

§3º. Os valores de franquia, quando houver, serão aplicados sobre os mesmos grupos de serviços e nas mesmas condições descritas no Título XIV.

Art. 62. 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.

### **CAPÍTULO I - DAS EXCLUSÕES**

Art. 63. As exclusões deste módulo são as mesmas da segmentação Hospitalar sem Obstetrícia, exceto no que se refere à cobertura de procedimentos obstétricos, ora contratada.

### **CAPÍTULO II - DOS PROCEDIMENTOS**

Art. 64. Para este módulo, observar-se-ão os mesmos procedimentos dispostos na Seção III do Capítulo II do Título VII.

## **TÍTULO XI - MÓDULO OPCIONAL – HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA**

Art. 65. Este módulo é complementar à cobertura definida no Capítulo II do Título VII, e sua contratação e valor estarão expressos na Proposta de Admissão sendo nesse caso acrescido do direito à internação hospitalar em quarto privativo com banheiro, com direito a acompanhante, **de acordo com a disponibilidade de leitos no hospital escolhido**, nos estabelecimentos que trabalham exclusivamente com suas próprias listas de preços e procedimentos, enquanto credenciados pela UNIMED local, constantes do Guia de Serviços de Saúde.

Parágrafo único. A contratação deste módulo só poderá ser efetuada, exclusivamente, quando também estiver contratado o opcional descrito no Título IX – Internação em quarto privativo.

Art. 66. O direito à ampliação, ora contratada, será conferido aos usuários após o cumprimento das carências, quando for o caso, não cumulativas ao contrato, contadas da data da vigência do respectivo Módulo:

§1º. Sendo este Módulo contratado até trinta dias contados da assinatura deste contrato ou do implemento da condição que permita a inscrição do usuário no plano, os usuários estarão isentos das carências aqui estipuladas, **devendo entretanto cumprir as carências para internação do contrato básico**, correspondente as coberturas a seguir:

- a) urgências e emergências;
- b) internações;
- c) parto, desde que contratada a cobertura obstétrica.

§2º. Sendo este Módulo contratado após o prazo a que se refere o parágrafo anterior, o usuário deverá cumprir os seguintes período de carência:

- a) 300 dias: partos, desde que contratada a cobertura obstétrica; e
- b) 180 dias: quaisquer outras internações.

Art. 67. É responsabilidade do CONTRATANTE, o pagamento de despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato.

Art. 68. Fica estabelecido que o CONTRATANTE não poderá renunciar à ampliação ora contratada e manter as demais coberturas, pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data da inscrição do usuário neste Módulo.

Art. 69. Por consequência da contratação deste Módulo, fica alterado o preço pactuado, que é acrescido da quantia descrita na Proposta de Admissão, por usuário inscrito.

Parágrafo único. Os valores referentes a este módulo, são calculados em função das mesmas faixas etárias descritas no Capítulo II do Título XVI e é adotado o mesmo critério de variação e reajuste.

Art. 70. Permanecem em plena vigência as Cláusulas do contrato não alteradas por este Módulo.

## **TÍTULO XII - MÓDULO OPCIONAL – ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Art. 71. Este módulo é complementar à cobertura definida no Capítulo II do Título VII, e sua contratação e valor estarão expressos na Proposta de Admissão sendo neste caso acrescido do direito, em situação de urgência, a qualquer hora do dia ou da noite, de solicitar atendimento através da Central de Atendimento, onde estará disponível a dar pronta assistência, um médico de plantão para regular o serviço.

Art. 72. O médico plantonista acionado, com base nas informações colhidas, orientará o usuário e decidirá sobre a necessidade do atendimento domiciliar e/ou do transporte inter-hospitalar.

Art. 73. Caso haja necessidade, de acordo com as informações prestadas pelo médico regulador, será destacada a ambulância com os equipamentos e equipe adequados ao atendimento domiciliar e/ou para o transporte inter-hospitalar.

Art. 74. Havendo necessidade de locomoção, a própria equipe médica que atender o usuário, providenciará, urgentemente, a locomoção do usuário, inclusive por meio de UTI móvel, se necessário, para o centro médico adequado dentro da área abrangida pela cobertura deste módulo opcional.

Art. 75. O atendimento domiciliar assegurado por este módulo é exclusivamente dentro da área urbana de Belém, Ananindeua e Icoaraci, porém, em se tratando do transporte inter-hospitalar poderá ser feito até a área urbana da cidade de Castanhal.

Art. 76. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado, que será acrescido por usuário inscrito neste módulo opcional, da quantia prevista na Tabela UNIMED de Preços para este módulo, quantia essa que será reajustada automaticamente nas mesmas condições estabelecidas neste contrato, de acordo com a Capítulo II do Título XVI, exceto para o previsto na seção II deste capítulo, cuja mudança de faixa etária não produzirá qualquer variação no preço deste Módulo Opcional.

Art. 77. Fica justo e acertado, que os serviços constantes neste Módulo Opcional, estarão assegurados ao Contratante, respeitadas as carências previstas neste contrato, (60) sessenta dias após seu efetivo pagamento, o que também valerá como ratificação da aceitação dos termos deste módulo opcional.

Art. 78. Permanecem em plena vigência as Cláusulas do contrato não alteradas por este Módulo.

## TÍTULO XIII - MÓDULO OPCIONAL – TRANSPORTE AEROMÉDICO

Art. 79. Este módulo é complementar à cobertura definida no Capítulo II do Título VII, e sua contratação e valor estarão expressos na Proposta de Admissão sendo nesse caso acrescido do direito de transporte aeromédico, conforme estabelecido neste Módulo Opcional.

Art. 80. Ao usuário optante por este módulo, em condições de ser removido, será fornecido transporte aéreo com acompanhamento médico e recursos materiais necessários, através de empresa devidamente habilitada, dentro do território nacional, de um centro médico-hospitalar para outro onde haja recursos de atendimento, **quando esgotados todos os meios terapêuticos do local de origem e a critério do médico assistente.**

Art. 81. Os serviços oferecidos por este Módulo Opcional se destinam a atender às ocorrências que, **em condições atípicas exijam, pelas circunstâncias, o transporte aéreo como única possibilidade de socorro, cujo atendimento não possa ser realizado no local de origem.**

Art. 82. **A cobertura deste Módulo Opcional é inaplicável ao atendimento em caso de coma “irreversível”, assim como aos pacientes sem possibilidades terapêuticas (fase terminal) e àqueles cujas complicações sejam provenientes de tentativas de suicídio.**

Art. 83. **Na hipótese de impedimento de movimentação da aeronave em decorrência de condições meteorológicas adversas, em qualquer ponto do trajeto, inclusive na área de “base”, nenhuma responsabilidade caberá à contratada pela eventual diligência incompleta ou não realizada em razão do evento natural.**

Art. 84. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado, que é acrescido, por usuário inscrito nesse módulo, da quantia prevista na Tabela UNIMED de Preços, quantia essa que será reajustada automaticamente nas mesmas condições estabelecidas neste contrato, de acordo com o Capítulo II do Título XVI, exceto para o previsto na seção II deste capítulo, cuja mudança de faixa etária não produzirá qualquer variação no preço deste Módulo Opcional. .

Art. 85. **Os usuários incluídos nesse módulo somente terão direito aos serviços aqui descritos, após cumprirem a carência de 60 (sessenta) dias, contada a partir da data do pagamento da sua primeira mensalidade.**

Art. 86. Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do contrato não prejudicados por esta alteração. **Ficando claro que a obtenção dos serviços constantes desse módulo, não alteram as carências e limites previstos no contrato principal e módulos contratados.**

## TÍTULO XIV - DA FRANQUIA

Art. 87. Este Contrato e seus Módulos Opcionais são compostos por diferentes franquias **a serem pagas diretamente aos prestadores de serviço por ocasião da realização do atendimento**, cujos valores serão calculados através da multiplicação do número de Unidades de Franquia expresso neste artigo para cada grupo de serviços, pelo valor da Unidade UNIMED de Franquia, constante da Tabela UNIMED de Preços, conforme opção constante da Proposta de Admissão.

Grupo de Serviços	F5	F4	F3	F0
Consultas em consultório	10	10	10	0
Atendimento de urgência em recursos ou serviços contratados ou credenciados	40	30	20	0
Exames básicos de diagnóstico	5	4	3	0
Exames especiais de diagnóstico	70	50	30	0
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	5	4	3	0
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	70	50	30	0
Custos hospitalares de internação	400	300	200	0

Art. 88. **Nos atendimentos realizados fora da rede própria ou credenciada da CONTRATADA - atendimento por outras UNIMED em regime de intercâmbio -, os valores dos serviços serão pagos integralmente pela CONTRATADA. Quando o usuário houver optado pela franquia, a CONTRATADA cobrará do CONTRATANTE os valores devidos à franquia, acrescidos ao valor da mensalidade seguinte, em parcela única.**

## TÍTULO XV - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 89. O CONTRATANTE está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes e agregados, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de declaração de saúde, constante da Proposta de Admissão.

§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. Fica a critério da CONTRATADA a realização de exame pré-admissional, posteriormente ou não à realização da entrevista qualificada, visando a identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

§5º. 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 do CONTRATANTE, cuja opção consta da Proposta de Admissão.

§6º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado ao CONTRATANTE.

§7º. Fica a critério da CONTRATADA, ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§8º. 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 denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

## TÍTULO XVI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

### CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DO CONTRATANTE

Art. 90. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por si e por seus dependentes e agregados inscritos neste contrato, os valores relacionados na Proposta de Admissão para efeito de inscrição e mensalidade.

Parágrafo único. Eventuais valores de franquia adiantados pela CONTRATADA de acordo com o artigo 88, deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades e serão cobrados no mês seguinte ao atendimento.

Art. 91. As mensalidades e os eventuais valores relativos à franquia serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, 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, sem acréscimos.

Art. 92. **Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Unimed para que não se sujeite as consequências da mora.**

### SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 93. **Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês se a cobrança estiver em carteira e se for bancária incide a taxa de permanência bancária além de correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados**



proporcionalmente ao tempo de atraso, mais multa de 10% (dez 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.

## SEÇÃO II - DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 94. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) 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.

## CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

### SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 95. Os valores previstos na Proposta de Admissão 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, valor de franquia e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

Art. 96. Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme fórmula genérica expressa no §1º deste artigo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, 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.

§1º. O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula: REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (SINISTRALIDADE DA MASSA DE USUÁRIOS).

I - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) diárias e taxas hospitalares;
- c) materiais;
- d) medicamentos;
- e) exames básicos e especiais de diagnóstico;
- f) procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos e especiais;

II - Compõem as despesas administrativas:

- a) salários; e
- b) outras despesas.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 97. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do artigo anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado), **segmento saúde**, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 98. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de módulos adicionais, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

Parágrafo único. Os reajustes subseqüentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste Capítulo.

## SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 99. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

Art. 100. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- a) 1ª - até 17 (dezesete) anos;
- b) 2ª - de 18 (dezoito) a 29 (vinte nove) anos;
- c) 3ª - de 30 (trinta) a 39 (trinta nove) anos;
- d) 4ª - de 40 (quarenta) a 49 (quarenta nove) anos;
- e) 5ª - de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta nove) anos;
- f) 6ª - de 60 (sessenta) a 69 (sessenta nove) anos; e,
- g) 7ª - 70 (setenta) anos ou mais.

Art. 101. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária, far-se-ão com os seguintes percentuais que serão acrescidos sobre o último valor da última mensalidade:

- f) Ao completar 18 anos, acréscimo de 18% (dezoito por cento);
- g) Ao completar 30 anos, acréscimo de 26% (vinte e seis por cento);
- h) Ao completar 40 anos, acréscimo de 30% (trinta por cento);
- i) Ao completar 50 anos, acréscimo de 29% (vinte e nove por cento);
- j) Ao completar 60 anos, acréscimo de 138% (cento e trinta e oito por cento);
- k) Ao completar 70 anos, não haverá aumento decorrente da mudança da faixa etária.

Art. 102. Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

## TÍTULO XVII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 103. **Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.**

**Art. 104. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:**

- a) **qualquer ato ilícito praticado pelos usuários, 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 auditorias, perícias ou exames, quando necessários;**
- e) **descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;**
- f) **a exclusão do CONTRATANTE.**

Art. 105. Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, **mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se 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 pelo CONTRATANTE, 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. 106.** 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 do CONTRATANTE.

**Art. 107.** O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes 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 XVIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS**

### **CAPÍTULO I - PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL – PEA**

**Art. 108.** Ocorrendo o falecimento do USUÁRIO TITULAR, inscrito há mais de 06 (seis) meses, desde que as mensalidades estejam em dia na data do óbito, os usuário dependentes inscritos terão direito aos serviços previstos nos módulos em que estiverem estes cadastrados, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

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

**Art 109.** Consideram-se dependentes, aptos a participar do PEA, segundo regulamento próprio:

- a) cônjuge;
- b) filhos até 24 anos incompletos;
- c) equiparados aos filhos:
  - c1) o enteado;
  - c2) o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
  - c3) o menor tutelado;
- d) filhos ou equiparados inválidos de qualquer idade;
- e) a companheira em **convívio superior a 5 (cinco) anos e/ou com filhos em comum, vedada sua eventual concorrência com a esposa ressalvada nessa vedação a determinação judicial;**
- f) **pai, mãe, sogro ou sogra quando aceitos no plano e incluídos na data da PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

**Art. 110.** O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do USUÁRIO TITULAR falecido, nos termos da legislação civil, que será inscrito na forma da Capítulo IV do Título V.

**Art. 111.** Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido nesta capítulo o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

**Art. 112.** O benefício previsto nesta capítulo fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do USUÁRIO TITULAR, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

**Art. 113.** Os Cartões de Identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

**Art. 114.** O direito pela Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do USUÁRIO TITULAR falecido, prevalecerá no local onde estes residem ou onde venham a fixar residência, desde que situados na área de ação de qualquer UNIMED pertencente ao SISTEMA NACIONAL UNIMED.

**Art. 115. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma dos itens acima, ficam impedidos de gozar dos benefícios da Extensão Assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o USUÁRIO TITULAR.**

Art. 116 . **Não estão incluídos neste benefício os eventuais valores de franquia por grupo de serviços, cuja obrigação de pagamento pelos usuários subsistirá na forma e condições anteriores.**

## **TÍTULO XIX - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 117. Os usuários com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas , exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 118. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Art. 119. A CONTRATANTE se obriga a apurar as reclamações escritas dos usuários, através de perícia, exames e inspeções, dando ao TITULAR ciência dos resultados das apurações e das medidas adotadas para sanar falhas procedentes. Em contrapartida o CONTRATANTE concorda com as medidas de auditoria realizadas pela CONTRATADA, no intuito de evitar fraudes ou abusos na utilização.

Art. 120. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência.

Art. 121. 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. 122. O 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. 123. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 124. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 125. O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.**

Art. 126. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 127. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 128. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até 07/01/1999, 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, justos e contratados, firmam a Proposta de Admissão que é parte integrante deste instrumento.**