

UNIMAX – INDIVIDUAL/FAMILIAR
AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM ATENDIMENTO OBSTÉTRICO EM ENFERMARIA
Contrato Particular de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares de Diagnóstico e
Terapia

Registro do Produto na
ANS
449.384/04-2

Nº do Contrato

ESTE CONTRATO ENCONTRA-SE REGISTRADO SOB O NÚMERO DE ORDEM 214.652, DO LIVRO B, NÚMERO CINCO, DO REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DO PRIMEIRO OFÍCIO DE BELÉM DO PARÁ, EM 30 DE JUNHO DE 2004.

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 aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento e de acordo com o estipulado no plano, conforme estabelece a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas regulamentações, desde que realizados exclusivamente dentro da área de abrangência estabelecida neste instrumento contratual.

Parágrafo único. Entende-se como área de abrangência, os serviços ora contratados e prestados pela UNIMED BELÉM, no Grupo de Municípios de Belém, Abaetetuba, Ananindeua, Barcarena, Benevides, Castanhal, Igarapé-Miri, Moju e Santa Izabel do Pará, todos pertencentes ao Estado do Pará, através de seus médicos cooperados, que utilizarão de rede própria básica ou por ela contratada, conforme Guia de Serviços de Saúde, entregue ao CONTRATANTE.

Art. 2º. Fazem parte deste contrato, a Proposta de Admissão de mesmo número, o Guia de Serviços de Saúde, recibos de pagamento, bem como todas as ampliações de natureza contratual.

Parágrafo único. Estão cobertas por este contrato as seguintes segmentações:

- I - Atendimento ambulatorial;
- II - Internação hospitalar com acomodação em enfermaria, e;
- III - Atendimento obstétrico.

Art. 3º. Este contrato terá início de vigência a partir de sua assinatura e duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses, 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 (qualificada na Proposta de Admissão, em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si, seus dependentes ou agados.

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 pela CONTRATADA, que usufruirá dos serviços ora pactuados, na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou, ainda, agregados, conforme definido no Título V – DOS USUÁRIOS.

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 - **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS:** é a autarquia, vinculada ao Ministério da Saúde, órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência complementar à saúde.

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

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

V - **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** é todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

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

X - **CO-PARTICIPAÇÃO:** é a parte efetivamente paga pelo usuário à CONTRATADA referente a realização do evento, conforme especificado no objeto deste contrato e na Proposta de admissão.

XI - **COBERTURA:** é a segmentação contratada, que o usuário tem direito.

XII - **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 doenças e lesões preexistentes, caracterizadas como sendo aquelas que o usuário ou seu responsável, sabia ser portador ou sofrendor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

XIII - **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

XIV - **CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR:** é aquele oferecido para livre adesão de usuários, com ou sem seu grupo familiar.

XV - **CONVIVENTE:** é a pessoa que vive em união estável com outrem.

- XVI - **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XVII - **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** é a doença ou lesão que o usuário seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato e as declare em formulário próprio denominado “Declaração de saúde”.
- XVIII - **ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XIX - **EMERGÊNCIA:** é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XX - **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.
- XXI - **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.
- XXII - **FRANQUIA:** é o valor estabelecido no contrato de plano de assistência a saúde, até o qual a CONTRATADA não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.
- XXIII - **GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:** é a relação de serviços próprios, credenciados e contratados pela operadora.
- XXIV - **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.
- XXV - **INSCRIÇÃO:** é o ato de inscrever um usuário no plano de saúde.
- XXVI - **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é quando o usuário adentra o hospital, para ser submetido a algum tipo de tratamento, por mais de 12 (doze) horas.
- XXVII - **MÉDICO COOPERADO:** é o médico que participa com cotas, nas cooperativas de trabalho médico, e que esteja relacionado no Guia de Serviço de Saúde.
- XXVIII - **MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em contrapartida das coberturas previstas no contrato.

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

XXX - **PATOLOGIA:** modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXI - **PLANO:** é a segmentação contratada e adquirida pelo CONTRATANTE.

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

XXXIII - **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. São considerados **PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS ESPECIAIS:** a) hemodiálise e diálise peritonial; 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.

XXXIV - **PRODUTOS:** são modalidades de planos com características diferenciadas registradas na ANS, oferecidos pela CONTRATADA aos seus usuários ou ao mercado para contratação.

XXXV - **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.

XXXVI - **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.

XXXVII - **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE:** constituem referência mínima para a cobertura assistencial nos planos de assistência à saúde contratados a partir da vigência da Lei 9656/98 e correspondente às segmentações contratadas.

XXXVIII - **SISTEMA NACIONAL UNIMED:** é o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.

XXXIX - **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.

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

XLI - **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/familiar, por livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

Art. 8º. O CONTRATANTE ratificará, na proposta de admissão, as segmentações contratadas.

Parágrafo único. No caso das doenças ou lesões preexistentes especificadas na Tabela UNIMED para opção de Agravo e ou Cobertura Parcial Temporária, o CONTRATANTE indicará, na Proposta de Admissão, a sua opção pelo pagamento de Agravo ou pela Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos, suspensos por período de 24 (vinte e quatro) meses referentes a(s) doença(s) declarada(s) e listadas na declaração de saúde.

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, de acordo com os recursos que disponha a prestadora do atendimento no local.

Parágrafo único. Para as cooperativas médicas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, o atendimento será prestado pela rede credenciada classificada como **Básica, exclusivamente para os casos definidos como urgência e emergência.**

CAPÍTULO II – DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 10. Os serviços previstos neste contrato serão prestados **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, de acordo com as coberturas contratadas, aos usuários regularmente inscritos no plano.

Parágrafo único. Contratada a ampliação da cobertura através das Segmentações Opcionais, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada uma delas.

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, **dentre os relacionados no Guia de Serviços de Saúde, obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

- a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido;
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados exclusivamente em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;
- c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados exclusivamente 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, 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, **exclusivamente nos casos de urgência ou emergência ocorridos fora da área de abrangência definida no Título I.**

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:

- 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 CONTRATADA.

§1º. Os documentos de que trata este artigo, deverão ser entregues à CONTRATADA, 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 reembolso, a CONTRATADA poderá solicitar do usuário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado. Após a chegada da documentação respectiva, a CONTRATADA terá prazo de 30 (trinta) dias corridos a partir da entrega para efetuar o pagamento.

§3º. **A falta de apresentação dos documentos necessários ao reembolso após 01 (um) ano da data do evento acarretará a perda do direito ao mesmo reembolso.**

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 reembolso 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 TITULAR poderá ser o próprio CONTRATANTE ou quem ele indicar.

CAPÍTULO II – DOS DEPENDENTES

Art. 20. São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, **até 24 (vinte e quatro) 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 CONTRATADA poderá admitir outras pessoas indicadas pelo CONTRATANTE ou usuário titular, na qualidade de usuários **agregados**.

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 integrará este contrato para todos os fins de direito.

Art. 23. A CONTRATADA poderá proceder a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, documentação probatória das declarações do CONTRATANTE.

Art. 24. O usuário que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, 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 deste contrato**, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

TÍTULO VI – CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 25. 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, ressalvados os casos de urgência e emergência, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo único. A CONTRATADA cobrará pelo fornecimento da segunda via do Cartão Individual de Identificação.

Art. 26. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes da fraude, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA.

§1º. **Considera-se fraude 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 o conhecimento destes.**

§2º. A fraude, uma vez comprovada, por uso do cartão de identificação, assim caracterizada a utilização de serviços por pessoa que não seja usuário deste plano, para obter vantagens da CONTRATADA, ensejará ação judicial para pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, quais sejam, a exclusão dos dependentes e agregados.

Art. 27. 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. 28. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura básica prevista neste Título, exclusivamente dentro dos recursos próprios, contratados ou credenciados, nos termos da Lei 9.656/98 e suas regulamentações de cobertura estabelecidas no Rol de Procedimentos das segmentações contratadas.

Art. 29. O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

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 9.656/98, de 3 de junho de 1998, no Rol de Procedimentos e eventos em saúde, 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 apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação**;

III - 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 apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas**, quando em cumprimento de carência;

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

V - 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 quando o usuário estiver no período de cumprimento de carência para a segmentação hospitalar. Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o usuário quando efetuado o registro na unidade do SUS;

VI - a psicoterapia de crise (codificada no CID-10), 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**;

VII - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

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

VIII - o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídos as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

CAPÍTULO II – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

SEÇÃO I – DA COBERTURA

Art. 31. Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, **em quarto coletivo/padrão enfermaria**, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares, previstos no Rol de Procedimentos e eventos em saúde:

I - cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, e alimentação, **exceto em caráter particular**;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, desde que comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

VI - cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos;

VII - cobertura de assistência médica através de médicos cooperados;

VIII - alimentação específica ou normal, prescrita pelo médico assistente, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar;

IX - 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;

X - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

XI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante 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) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

Art. 32. A 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 pela segmentação hospitalar**, e a usuária estiver cumprindo período de carência, então nos casos de urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto na segmentação ambulatorial, ou seja, até 12 (doze) horas (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 na segmentação 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**;

d) quando houver acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será

limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

e) nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da CONTRATADA.

Art. 33. 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, e que estejam causando problemas funcionais, decorrido o prazo de carência.

Parágrafo único. Também estará coberta a 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.

Art. 34. 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;**
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

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. 35. Em regime hospitalar, estão cobertas as internações de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID-10, de acordo com as diretrizes abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, conforme determina a Lei 9656/98 e suas Resoluções.

- a) o custeio integral, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) o custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) estarão cobertas todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

I - Além da cobertura especificada acima na alínea 'a', o usuário poderá dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

II - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, a cobertura de que trata o inciso I deste artigo poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Parágrafo único. Após esses prazos, essas internações serão de inteira responsabilidade do CONTRATANTE que deverá arcar com os honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

CAPÍTULO III – DA SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

SEÇÃO I – DA COBERTURA

Art. 36. A cobertura deste capítulo compreende a segmentação obstétrica, acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto, **esta após o cumprimento do período de carência de 300 (trezentos) dias.**

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por esta segmentação, 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, ou seja, 12 (doze) horas (Capítulo I deste Título).

Art. 37. Estão 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 ou adoção. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

Art. 38. É assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou do deferimento da adoção.

SEÇÃO II – DOS PROCEDIMENTOS

Art. 39. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado e guia de internação expedida pela CONTRATADA em favor do usuário.

Art. 40. Nos casos de urgência ou emergência, 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.

Art. 41. 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 e o cartão de identificação emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 42. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, assegurando ao usuário todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos termos da lei e deste contrato, que tem cobertura ambulatorial e de internação hospitalar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

Art. 43. 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 cooperado assistente.

Art. 44. **O pagamento das despesas não cobertas neste Contrato deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.**

Art. 45. **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. 46. **A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo CONTRATANTE com médicos, hospitais ou entidades credenciados ou não, tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.**

CAPÍTULO IV – DAS EXCLUSÕES

Art. 47. Estão excluídos da cobertura deste contrato:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX - casos de cataclismos, guerras, comoções internas e calamidade pública, quando declarados pela autoridade competente;
- X - tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida, desde que atendidos os requisitos normativos do Ministério da Saúde), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XI - transplantes, à exceção de córnea e rim;
- XII - consultas domiciliares;
- XIII - medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- XIV - direito a acompanhante, exceto para o paciente menor de 18 (dezoito) anos;
- XV - produtos de toalete e higiene pessoal;
- XVI - serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- XVII - despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos e entidades que não estejam relacionados no Guia de Serviço de Saúde;
- XVIII - serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

Art. 48. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos.

Art. 49. Estão excluídos também da segmentação ambulatorial, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, em tempo maior que 12 (doze) horas e se o usuário estiver em cumprimento de carências para a segmentação hospitalar. Desta forma, a cobertura cessará, ainda que o usuário esteja sendo assistido na mesma unidade prestadora de serviços, e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

TÍTULO VIII – DAS CARÊNCIAS

Art. 50. O período de carência para cada Grupo de Serviço, obedecerá a seguinte ordem:

GRUPOS DE SERVIÇOS	CARÊNCIA
Atendimento de urgência/emergência	24 horas
Consultas em consultório	30 dias
Exames básicos de diagnóstico	30 dias
Exames especiais de diagnóstico	180 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	180 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	180 dias
Internações hospitalares	180 dias
Parto normal ou cesário	300 dias

TÍTULO IX – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 51. O CONTRATANTE está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes e agregados, ser conhecedor 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 ou seu responsável deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à época da contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

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

§4º. A 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 o Agravo de acordo com a escolha do CONTRATANTE na Proposta de Admissão.

§5º. A CONTRATADA poderá realizar exame admissional, posteriormente ou não, à realização da entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

§6º. A constatação, seja através de entrevista qualificada, seja através de 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 na Proposta de Admissão.

§7º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado ao CONTRATANTE.

§8º. A CONTRATADA poderá, ainda, solicitar, durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§9º. 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 suspensão da cobertura ou rescisão do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o reembolso dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO X – DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I – DA OBRIGAÇÃO DO CONTRATANTE

Art. 52. 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.

Art. 53. As mensalidades, **estabelecidas em regime de pré-pagamento**, serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão.

§1º. 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.

§2º. No caso da ocorrência de solicitação de mudança de vencimento da mensalidade por parte do CONTRATANTE, será cobrado, de forma antecipada, o valor correspondente ao número de dias entre o vencimento atual e o solicitado, além da mensalidade integral corrente.

Art. 54. Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.

SEÇÃO I – DA INADIMPLÊNCIA

Art. 55. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, taxa de permanência, 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, se houver ação judicial, conforme o caso, a CONTRATADA pedirá o valor das perdas e danos, honorários advocatícios e de custas judiciais.

SEÇÃO II – DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 56. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão ou na rescisão unilateral do contrato, desde que o usuário seja comprovadamente notificado até 50º (quinqüagésimo) dia.

CAPÍTULO II – DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I – DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 57. 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 e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

Art. 58. A periodicidade anual de reajuste das mensalidades é feita em obediência à legislação em vigor. As mensalidades serão reajustadas anualmente por índice que reflita a variação ponderada dos custos dos insumos utilizados no período que compõem o preço deste contrato, após aprovação do órgão governamental competente.

Art. 59. 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 Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 60. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de segmentações 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 subsequentes à unificação das datas-base respeitarão as disposições contidas neste Capítulo.

SEÇÃO II – DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 61. 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. 62. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- a) até 18 (dezoito) anos;
- b) de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c) de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

- i) de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

TÍTULO XI – DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 63. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que notificado o usuário até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 64. Rescinde-se, também, este contrato por fraude, consistente em:

- a) omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA quanto às doenças não declaradas;
- b) uso indevido do cartão, tais como emprestar o cartão a terceiros para utilização em procedimentos médico-hospitalares e/ou utilização do cartão após exclusão do usuário titular e de seus dependentes.

Art. 65. 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 20% (vinte 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. 66. 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, se ocorrer.

Art. 67. 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 XII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 68. Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 69. 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 na Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Art. 70. A CONTRATADA se obriga a apurar as reclamações escritas dos usuários, através de perícia, exames e inspeções, dando ao CONTRATANTE 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. 71. 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. 72. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, obedecendo às delimitações observadas na Lei.

§1º. É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos usuários 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 e fiscais em vigor.

§2º. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o §1º ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do usuário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§3º. Excetuam-se do previsto no §2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o usuário.

§4º. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

Art. 73. 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. 74. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como informação ao CONTRATANTE, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 75. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 76. **O CONTRATANTE, por si, por seus 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. 77. Os casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e, quando couber, será objeto de aditivo ao presente contrato, após ciência e aprovação do órgão competente.

Art. 78. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 79. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até 31/03/2004, 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 o presente contrato.